ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales de la chirurgie française et étrangere.
Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales de chimie et de physique.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine
Archives de médecine comparée; par M. Rayer.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Academies.
Clinique de Montpellier
Clinique de Marseille.
Expérience.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de pharmacie.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Revue magnétique.

ENCYCLOGRAPHIE

DES SCIENCES MÉDICALES.

6e Série, t. x. — OCTOBRE 1845. — Encyclogr., t. 158.

1re PARTIE.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE

ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p. 85-144.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, p. 705—848.

I. Physiq., Chimie et Botan. médic.
II. Hygiène, Diététiq., Pharmacol. et Toxic. 1—3.
III. Anatomie et Physiol. 4.
IV. Pathologie, Thérapeut. et Clinique méd. 5—9. *Revue* 21—25.
V. Accouchem., Maladies des femmes et des enf. 10—14. *Rev.* 26.
VI. Chirurgie, Orthop. et Ophthalm. 15, 16. *Rev.* 27.
VII. Phrén., Mal. mentales. 17, 18.
VIII. Mal. des voies gén.-ur.
IX. Mal. syphilitiques. 19, 20.
X. Médecine légale et Police méd.
XI. Médecine vétérinaire.
XII. Généralités.
Clinique des hôpitaux et des maisons d'aliénés.
Sociétés savantes, pag. 160—179.
Revue analytique des journaux étrangers. 21—27.
Notices bibliographiques.
Monographies.
Mélanges. 28.

BRUXELLES,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ENCYCLOGRAPHIQUES DES SCIENCES MÉDICALES DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR, FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1845.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s1id13298700

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(OCTOBRE 1845.)

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

MÉMOIRE SUR LES LITHOMOSQUES (1) COMPARÉS AUX LITHOPÈDES;

Par le docteur A. NUMAN, directeur et professeur à l'École vétérinaire d'Utrecht.

(Traduit du hollandais, par S. VERHEYEN, inspecteur vétérinaire de l'armée belge.)

Dans un premier mémoire (2) présenté à l'Institut des Pays-Bas, et inséré dans la troisième partie des Recueils de cette Société savante, je me suis occupé du desséchement et de l'induration que le fœtus de la jument et de la vache, renfermé dans l'utérus, est susceptible d'éprouver. Depuis lors, j'ai eu occasion de me procurer encore plusieurs sujets ayant subi cette altération spéciale; j'en possède actuellement huit : la presse périodique vétérinaire m'en a aussi fait connaître quelques nouveaux exemples (3). J'en conclus que ce phénomène ne doit pas être bien rare. Parmi les individus pétrifiés que je reçus naguère, il en est un auquel je crois devoir attacher une grande importance, parce qu'il me paraît être dans les conditions propres à expliquer

(1) Je comprends sous cette dénomination les veaux pétrifiés; je propose un nom grec (*lithomoscoi*), si toutefois l'Académie n'élève aucune objection contre ce néologisme.

(2) Ce mémoire est intitulé : *Waarnemingen omtrent het langdurig verblyf boven den gewoonen dragtyd van gestorvene jongen by de moederdieren.*

(3) *Archiv für Thierheilkunde von der Gesellschaft schweizerischer Thierærzte.* B. IV. S. 290. Zürich, 1829. *Eine siebenzehn Monathe dauernde Traegtigkeit einer Kuh. Zurückbleiben der Frucht bei einer Kuh,* dans la *Zeitschrift für Geburtskunde von* Dr Busch, d'Outrepont, Ritgen und Siebold: *Neue Folge,* B. VIII, S. 445. Observation de Cartwright, reprise du journal anglais *The Lancet* du 6 mai 1837, ns 714.

ces modifications particulières qui atteignent le fœtus dans le sein de sa mère.

Je dois rappeler qu'aucun signe apparent n'indique la présence d'un fœtus momifié, chez la vache en état de gestation. On remarque souvent vers l'époque de la mise-bas, ou au terme fixé par la nature pour la délivrance, qu'il ne se manifeste pas de symptômes d'une parturition prochaine ; et quand ils se déclarent, ils sont passagers : le fœtus n'est pas expulsé ; parfois cependant l'accouchement s'opère. Dans la plupart des cas, le jeune individu, réduit à un petit volume, continue à séjourner dans la matrice, d'où il sort avec le produit d'une conception subséquente ; car l'expérience nous apprend que la présence d'un fœtus de cette nature n'est pas un obstacle à une nouvelle fécondation. Lorsque les vaches dépassent le terme de la gestation, il arrive ordinairement que les propriétaires les destinent à l'engraissement ; ce sont alors les bouchers qui, à l'ouverture des animaux, retirent ces fœtus de la matrice.

L'individu dont je vais m'occuper me fut adressé le 15 juillet 1830. On le trouva chez une vache grasse : la durée de la gestation resta inconnue. Il est probable que la mise-bas aurait dû avoir lieu au mois de mars ou d'avril, et il est à supposer que le fœtus aura succombé avant cette époque. La majeure partie des veaux momifiés présentent les caractères d'une mort survenue pendant les premiers mois de la vie fœtale ; presque tous ont la peau dégarnie de poils ; quelques-uns en portent autour du mufle, où les productions pileuses apparaissent en premier lieu ; un seul sujet offrait des poils rares, disséminés sur la surface du corps. Si nous admettons, avec Heusinger (1), que les poils ne commencent à se montrer chez le fœtus de la vache que vers le quatrième mois de la gestation, on peut, sauf de rares exceptions, fixer, en général, l'époque de la mort avant cet âge.

Le fœtus dont il est ici question était encore renfermé dans la matrice lorsque je le reçus ; il se trouvait, par conséquent, dans les meilleures conditions pour étudier son véritable état, ainsi que ses rapports avec l'utérus et les membranes de l'œuf. Jusqu'alors je n'avais pu me procurer que des sujets privés de leurs enveloppes, ou entourés de membranes desséchées.

La face extérieure de l'utérus présentait un aspect normal ;

(1) Meckel, *Archiv für Anatomie und Physiologie*, B. VIII. S. 403. *Ein Paar Bemerkungen über Pigment-Absonderung und Haarbildung* ; *Ueber das Haaren und die Regeneration der Haare, loc. cit.* S. 555 ; comp. A. Numan, *Beschryving van een grootendeels dubbeld Kalfs-monster*, dans les *Nieuwe Verhandelingen der Eerste Klasse van het Koninklyk-Nederlandsche Institut*, D. VII, bladz. 181. Amsterdam, 1838.

elle dessinait les formes irrégulières du fœtus momifié, autour duquel elle était fortement contractée. Le col et l'orifice de cet organe ressemblaient assez à l'aspect qu'offrent ces parties chez la vache dans un état de gestation avancée. La matrice ayant été ouverte, elle laissait voir sa face interne d'une couleur rosée. A certaines places, la rougeur était plus intense, comme si l'organe avait éprouvé un léger degré d'irritation (1). Les caroncules étaient peu ou point apparentes; elles paraissaient s'être contractées, ou avaient disparu. Le fœtus renfermé dans les membranes n'adhérait sur aucun point à l'utérus. Entre ce viscère et le chorion se trouvait une couche, de plusieurs lignes d'épaisseur, d'une matière noirâtre, sanguinolente, visqueuse, recouvrant entièrement le chorion, comme si toute la masse avait été plongée dans une substance gélatineuse; elle empêchait de distinguer les cotylédons. Lorsque cette matière eut été enlevée par le lavage, on voyait les cotylédons également rétractés ou détruits (2).

On ne découvrait au chorion, ni à l'amnios, aucune ouverture par où auraient pu s'échapper les humeurs fœtales; car, pendant que les membranes étaient encore collées sur le fœtus, on y pratiqua une petite ouverture par laquelle on introduisit un tube : l'insufflation les en détacha, et elles se gonflèrent comme une vessie que l'on remplit d'air.

A la face interne de l'amnios, on retrouvait les traces de la dépression occasionnée par les cotylédons, par suite de la forte contraction de la matrice autour du fœtus. Le corps de ce dernier offrait aussi des dépressions dues à la même cause; mais plus tard elles s'effacèrent.

Ainsi que je l'ai déjà remarqué, cet exemple est important: il confirme qu'il n'est nullement nécessaire, pour que le fœtus passe à l'état de momie, que les liquides dont il est entouré s'épanchent hors des membranes et soient résorbés par la matrice. Une autre condition qui est encore moins indispensable à la momification, c'est la rupture des membranes et la perte des eaux par l'orifice de la matrice. Si ces deux circonstances, sur-

(1) Cette coloration rouge de la face interne de la matrice fut observée dans un cas semblable par le vétérinaire Brandenberger, à Zurich. Voyez *Archiv für Thierheilkunde*, *loc. cit*, S. 291.

(2) Brandenberger, *loc. cit.*, semble avoir rencontré un fœtus de vache enveloppé de la même manière. Il en donne la description suivante : A l'ouverture, je trouvai un fœtus complètement momifié, ayant les quatre membres repliés sous le corps; ils étaient si durs et si secs, qu'on parvint à peine à les écarter du tronc. Les humeurs fœtales avaient tout à fait disparu, et les membranes de l'œuf étaient transformées en une matière noire, ressemblant au méconium (*Kalberpeche*). Une matière identique recouvrait les placenta.

tout la première, me semblaient d'abord admissibles (1) et propres à expliquer le desséchement d'un être plongeant dans un liquide et renfermé dans le sein de sa mère, cette observation prouve que ni l'une, ni l'autre ne sont de rigueur. Les membranes de l'œuf étant demeurées intactes, l'humeur de l'amnios et celle de l'allantoïde doivent avoir disparu à travers les membranes par le pouvoir absorbant de l'utérus.

Le mode d'union du fœtus avec la matrice, au moyen du chorion, chez la plupart des femelles, et notamment chez celles des ruminants, me semble renfermer la raison du phénomène de momification et de sa fréquence chez la vache. Le placenta de la femelle bovine ne constitue pas un organe unique, non divisé, ne s'attachant qu'à un point donné de l'utérus, comme chez la femme ; il forme plusieurs petits placenta séparés les uns des autres, qui prennent leur insertion sur toute la surface interne de l'utérus, dans la corne fécondée aussi bien que dans celle qui ne l'est pas, et qui s'unissent aux caroncules correspondantes. Celles-ci et les cotylédons se développent cependant plutôt dans la corne fécondée que dans l'autre. Cette dernière en contient aussi un moindre nombre. Leur total chez la vache est de 80 à 90. Il est plus d'une cause capable d'opérer la désunion des cotylédons et des caroncules sur quelques points ou sur plusieurs à la fois ; telles sont une congestion vers l'utérus, une légère inflammation de cet organe, une lésion mécanique produite par un coup de corne contre l'abdomen d'une vache pleine. Dans chacun de ces cas, la désunion peut facilement être accompagnée d'une rupture des vaisseaux des cotylédons ou des caroncules, ou de ces deux parties en même temps.

Quelle doit en être la conséquence immédiate ? Là où la désunion s'opère, il y a un épanchement sanguin entre le chorion et la face interne de l'utérus : l'hémorrhagie persiste ; car le sang continue à se rendre de la mère au fœtus par les placenta qui sont restés intacts, et la circulation fœtale n'éprouve encore, pour le moment, aucun trouble. Du côté de la mère, la dilacération des vaisseaux amène aussi une hémorrhagie momentanée. La quantité de sang épanché doit naturellement aller en augmentant, et se trouvant renfermé dans un espace confiné entre le chorion et la matrice, où il ne trouve aucune issue, ce liquide s'étend sur le chorion, le comprime, opère successivement, d'une manière mécanique, la disjonction de tous les cotylédons d'avec les caroncules, et l'œuf se sépare ainsi entièrement de la matrice.

(1) *Nieuwe Verhandelingen der Eerste Klasse van het Koninklyk-Nederlandsche Instituut.* D. III, bladz 36.

De cette manière, je me représente le mécanisme de la cessation des rapports du fœtus avec la mère. Je pense que la situation du sujet dont j'ai donné la description, la présence d'une matière gélatiniforme, demi-fluide, sanguinolente, dont il était entouré, tendent à confirmer cette opinion. La nutrition du fœtus doit aller en diminuant, à mesure que l'hémorrhagie fait des progrès, et bientôt sa mort devient inévitable.

Si l'on peut admettre que le défaut de nutrition amène aussi une diminution des eaux, il faut que la force absorbante de l'utérus les fasse promptement disparaître. On ne saurait méconnaître l'action absorbante de la matrice : je ne déciderai pas si elle est assez puissante pour résorber le placenta et tout l'arrière-faix, ainsi que quelques auteurs (1) prétendent en avoir vu des exemples chez la femme ; mais il est certain que le grand nombre de vaisseaux lymphatiques, démontrés par les injections mercurielles à la face interne de l'utérus de la vache, confirme la puissance absorbante dont cet organe est doué. Il est difficile de déterminer avec précision si la résorption des eaux a lieu uniquement par les vaisseaux lymphatiques, ou si elles sont reprises par les pores inorganiques des tissus, et principalement par les vaisseaux sanguins, à l'aide de cet acte auquel on donne actuellement le nom d'*imbibition* ou d'*endosmose*. Ce dernier mode, comparé à ce qui se passe dans d'autres organes, présente beaucoup de probabilité.

La rapidité avec laquelle les eaux disparaissent, le prompt desséchement du fœtus qui est tout à fait durci au bout de quelques mois, témoignent en faveur d'une absorption par les veines de l'utérus. Elles doivent y être d'autant plus disposées, que la quantité de sang se rendant au fœtus reste la même ; mais celle qui retourne du fœtus à la mère, diminuant, les vaisseaux éprouvent un vide proportionnel ; ils offrent la capacité nécessaire pour reprendre et entraîner dans le torrent de la circulation les liquides que les membranes renferment.

Je ne puis passer sous silence un phénomène qui pendant mes recherches s'est présenté à mon observation, et qui méritait de fixer toute mon attention. Un morceau de la matrice d'où le fœtus momifié avait été extrait, étant examiné de plus près, offrait à sa surface une infinité d'ouvertures papilliformes. On les voyait à l'œil nu ; mais elles étaient plus évidentes à la

(1) Naegele, *Ueber das Absorptions-vermœgen der Gebärmutter*, *Froriep's Notizen*, nº 468. S. 61 ; *Bulletin des Sciences médicales de Férussac*, janv. 1829, pag. 18 et 254; Pruys Van der Hoeven, Logger, Reinwardt en Salomon, *Geneeskundige Bydragen*, D. II. St. 2, bladz. 238.

loupe. Exposées à l'air, ces bouches se contractaient bientôt et devenaient imperceptibles. La partie ayant été plongée dans l'eau, des bulles très-distinctes se montraient à la surface de la muqueuse. Leur présence était due à l'introduction du liquide chassant le corps gazeux qu'elles renfermaient. Là s'est borné mon examen. Je n'oserais donc pas me prononcer, et dire jusqu'à quel point ces bouches peuvent être considérées comme les ouvertures des vaisseaux spiraux blancs, vaisseaux d'une espèce particulière, que l'on rencontre dans la matrice de la vache pleine, et qui ont été décrits et figurés par Burckhardt (1), dont le mémoire, à cette époque, ne pouvait m'être connu. Suivant cet auteur, les ouvertures des vaisseaux spiraux de la matrice fécondée sont en rapport avec de petits corps jaunes *(corpuscula lutea minima)* placés sur le chorion. Dès que ces corps étaient extraits des ouvertures, en séparant le chorion de la matrice, il en vit suinter des gouttelettes d'un liquide laiteux. Une partie du chorion et de la muqueuse utérine correspondante ayant été enlevée et examinée, il compta un nombre d'ouvertures correspondant aux corpuscules fixés sur le chorion. Burckhardt n'indique pas les usages des corpuscules jaunes et des vaisseaux spiraux avec lesquels ils se trouvent en rapport. Il remarque néanmoins que Malpighi (2) est le seul qui fasse mention de l'existence, dans le parenchyme de l'utérus, de certains tuyaux qui s'ouvrent par des bouches à la surface de la membrane interne; il pense que de très-petites glandes sécrétant un liquide y sont attachées. Il manifeste ensuite son étonnement que d'autres anatomistes célèbres, tels que Fabricicius Ab Aquapendente, Harvey, Needham et Hoboken, qui se sont adonnés avec zèle à l'étude des membranes de l'œuf chez les ruminants, ne parlent pas de ces bouches (*oculi*); et cependant elles ne peuvent échapper à la vue dans l'utérus fécondé. Burckhardt dit encore que, chez la vache pleine, les vaisseaux spiraux remplis d'un fluide jaune, laiteux, acquièrent le double de leur volume ordinaire, quoique les parois de l'utérus s'amincissent en se dilatant. Leurs entrelacements spiraux paraissent être moins prononcés que dans la matrice non fécondée. Le nombre des vaisseaux n'a cependant pas diminué. On compte environ cent cinquante ouvertures sur une surface d'un pouce carré, dans l'état ordinaire; pendant la gestation, leur nombre n'est plus à peu près que d'une quarantaine sur le même espace. Cette diminution apparente est en

(1) *Observationes anatomicæ de uteri vaccini fabricâ.* Baziliæ, 1834.
(2) *Dissertatio ad Sponium ; Opera omnia*, p. 220.

rapport avec l'extension que subit la muqueuse utérine chez les vaches fécondées.

Je suis très-disposé à croire que les ouvertures dont j'ai fait mention ne sont que les bouches des vaisseaux spiraux. Il serait important que ces vaisseaux, qui ne sont pas généralement connus, devinssent l'objet de nouvelles recherches.

Après cette courte digression, je reviens aux veaux pétrifiés, pour les comparer aux enfants qui ont subi la même altération (lithopèdes, ostéopèdes). Il est connu que l'on comprend sous cette dénomination des fœtus humains morts au sein de leur mère, dans la matrice ou hors de cet organe, et qui ont éprouvé une altération particulière. Parfois ils se trouvent dans un état de racornissement (1), et ceux-là ont probablement des rapports avec nos veaux pétrifiés. Ordinairement les lithopèdes ont subi des modifications plus profondes, ils sont enveloppés d'une croûte calcaire, ou entièrement transformés en une masse calcaire. Les auteurs d'anatomie pathologique, anciens et modernes, les accoucheurs, en citent plusieurs exemples (2). Moi-même j'ai vu un fœtus de cette espèce : d'après son aspect extérieur, il était tout à fait transformé en une masse calcaire ressemblant exactement à un mannequin coulé en plâtre, et sur lequel on ne distinguait que les formes incomplètes d'un fœtus humain. Il n'est pas rare que les femmes portent ces lithopèdes pendant des années, et souvent sans en ressentir aucun inconvénient (3). La présence de ces fœtus séjournant au delà du terme, même dans la matrice, ne forme pas un obstacle à une nouvelle conception (4). D'autres fois leur séjour est moins long, ils sont expulsés en entier ou par

(1) Deneux, *Journal général de Médecine française et étrangère*, t. LXIX, ann 1819, p. 37 ; Thomassen à Thuessink, *Over eene* CONCEPTIO TUBARIA, *met eenige aanmerkingen, vooral de onderscheiding en de behandeling betreffende der* CONCEPTIONES EXTRA-UTERINÆ ; dans les *Verhandelingen der Eerste Klasse van het Koninklyk-Nederl. Institut.* D. VI. bladz. 157. (Comp. mon mémoire dans les *Nieuwe Verhandelingen.* D. III, bladz. 29.)

(2) De Ploucquet, *Initia bibliothecæ medico-practicæ*, tom. III, p. 524 et suivantes ; Reus, *Repertorium commentationum à Societatibus litterariis eruditarum.* Gottingœ, 1813, p. 270 ; Otto, *Handbuch der pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere.* Breslau, 1814, S. 368 ; Voigthel, *Handbuch der pathologischen Anatomie.* B. III. S. 518, Halle, 1815, et plusieurs auteurs qui y sont cités ; Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 6e livraison, pl. 6 ; W. Vrolik, *Handboek der Ziektekundige Ontleedkunde*, D. I, bladz. 313, 319-323.

(3) Froriep, *Theoretisch-Practisches Handbuch der Geburtshülfe, u. s. w.* Weimar, 1810. S 117.

(4) Voigthel, *loc. cit.*, S. 519, 520. Voyez encore, pour les nouvelles fécondations pendant une grossesse extra-utérine, due à un lithopède, Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, livr. XVIII, pl. VI ; Orth, *Dissert. de med fœtu* XLVI *annor*, Tubingæ, 1620. Comp. Vrolik, *Handboek der Ziektekundige Ontleedkunde*, D. I, bladz. 313.

fragments. Logés hors de la matrice, dans la cavité abdominale, les trompes de Fallope ou les ovaires, ils se fraient parfois une issue vers l'extérieur ; il faut alors que l'art prête son secours. Le lithopède n'est pas toujours exempt de danger pour la femme qui le porte : Tott (1) cite le fait d'une Juive, âgée d'une vingtaine d'années, qui se croyait enceinte, par suite de la cessation des règles et l'augmentation du volume de l'abdomen. La grossesse n'était cependant pas régulière ; le bas-ventre se présentait, au toucher, dur comme une pierre. Cette femme eut des accès nerveux de toute espèce, ses souffrances furent horribles ; elle succomba quatorze mois après les premiers indices supposés de la grossesse. A l'ouverture du cadavre, on trouva un lithopède.

Lorsque l'on compare les lithopèdes aux fœtus racornis des animaux, il se présente deux points principaux à considérer. En premier lieu surgit cette question : Le fœtus humain se sépare-t-il aussi de la matrice par le décollement du placenta, pour flotter librement dans sa cavité, et subir ensuite les modifications déjà décrites? Je rappelle qu'il s'agit ici plus spécialement d'une grossesse utérine. Nous avons vu comment le fœtus se sépare de la matrice chez les animaux à placenta multiple : nous avons dit que cet acte morbide est accompagné d'une hémorrhagie lente partant du jeune sujet ; que le sang s'accumule, s'étend sur une plus vaste surface, à mesure que le chorion perd ses rapports avec l'utérus ; qu'enfin ce liquide entoure complètement l'œuf qui finit par être enveloppé d'une matière gélatiniforme, à peu près comme les aliments que l'on met à la daube. Les parties fluides sont résorbées, et le fœtus lui-même, privé, par l'hémorrhagie lente, de la majeure partie de ses humeurs, sèche jusqu'à se transformer en une masse dure et compacte. Tels sont, du moins dans le principe, les seuls changements que ces fœtus éprouvent. Si on en pratique l'ouverture, on trouve tous les organes internes dans leur situation et leurs rapports respectifs, à moins que le rétrécissement et la forte contraction de l'utérus n'y aient apporté des changements. La diminution de volume des parties solides donne aux lithomosques une plus grande pesanteur spécifique (2).

Le même acte morbide produit-il les lithopèdes ? Quand on prend en considération la non-division du placenta chez la femme, son attache à un seul point de l'utérus, il devient évident qu'un décollement partiel accompagne presque toujours un

(1) Tott, *Gynaekologische Miscellen*, dans le *Neue Zeitschrift für Geburtskunde von Busch, u. s. w.* B. III. S. 237.

(2) Comparez W. Vrolik, *loc. cit.*, pag. 331.

épanchement sanguin qui devient trop considérable dans ce viscère pour ne pas éveiller des contractions susceptibles d'expulser le fœtus et ses annexes. Une fausse couche doit donc être la conséquence immédiate ordinaire d'un décollement partiel, quoique peu étendu, du placenta. Il est cependant difficile de se figurer la formation des lithopèdes autrement que celle des lithomosques. La solution de continuité du fœtus avec la mère n'en reste pas moins la condition indispensable des altérations subséquentes qu'il éprouve.

Il me semble qu'il faut admettre un décollement lent du placenta et une hémorrhagie peu abondante et continue, tant du côté de la mère que de celui du fœtus. Ces circonstances étant accompagnées d'une sensibilité et d'une irritabilité peu prononcées de la part de la matrice, ou bien d'une atonie complète de ce viscère, il reste dans l'inaction, au lieu de se contracter pour expulser le fœtus, ses annexes et le sang épanché. Ces divers éléments restant renfermés dans la cavité utérine, ils sont soumis à l'acte de la dessiccation et de l'induration, de même que les lithomosques.

Comme l'on ne peut supposer la répétition fréquente d'un concours de semblables circonstances, la rareté des lithopèdes, comparativement aux fœtus pétrifiés chez les animaux, principalement chez la vache, s'explique d'une manière fort naturelle (1).

Un second objet qui mérite d'être remarqué, c'est la pétrification réelle qu'éprouvent les lithopèdes dont on a donné la description. Souvent ils sont entourés d'une enveloppe de chaux, ou bien, ainsi que je l'ai déjà observé, ils sont transformés en une masse calcaire. Ces modifications sont loin d'être générales chez les lithomosques. Parmi les huit individus de l'espèce que je possède, il ne s'en trouve que deux présentant un commencement de transformation calcaire; l'un des deux appartient à une portée double, dont les fœtus sont également racornis. On reconnaît positivement un dépôt de matières calcaires dans le

(1) La vache et la jument ne sont pas les seules femelles chez lesquelles on trouve de semblables fœtus. On les a rencontrés dans la matrice du lièvre et de la brebis (*Ephemerides Nat. Cur.* Dec. 11, ann. 10, obs. 148, 149); Otto, *Handbuch u. s. w.* S. 361; Comp. Campers, *Abhandlung von den Krankheiten, die sowohl den Menschen als Thieren eigen sind, von Herbell.* Lingen, 1794. S 29.

Il est question dans le *Magasin de Rust*, vol. 21, p. 557, d'une brebis pleine, qui, indépendamment du fœtus séjournant dans sa matrice, fut de nouveau fécondée l'année suivante, et n'accoucha pas. A l'ouverture, on trouva un fœtus dans chacune des cornes de la matrice : celui de l'année précédente était desséché; l'autre se présentait à l'état normal. On en attribua la cause à l'induration et au manque de dilatation de l'orifice utérin.

chorion ; quoique répandu sur toute cette membrane, il est plus abondant aux endroits correspondant aux cotylédons détruits. La croûte de chaux n'est pas cependant si parfaite qu'elle ne laisse encore plusieurs solutions de continuité. Chez le second individu, la pétrification a fait moins de progrès que chez le précédent ; les autres n'en offrent aucune trace. Je dois néanmoins mentionner que ces fœtus étant dépourvus de leurs enveloppes lors de leur réception, il n'est guère possible de se prononcer d'une manière absolue sur la présence ou l'absence d'un dépôt calcaire.

Jusqu'à présent, on n'est pas encore bien arrêté sur le mode de formation de ces incrustations calcaires chez les lithopèdes. « Elles appartiennent, dit le docteur Tott (1), aux opérations « hétéroplastiques de la nature, que l'on n'a pas encore soumises « à l'examen. Nous ignorons aussi d'où viennent les matériaux « qui forment la croûte enveloppant le fœtus, quoique la chimie « en ait fait connaître la composition. Dans tous les cas, ils « doivent se trouver dans l'humeur amniotique, dont les prin- « cipes constituants éprouvent un changement, et où il s'établit « des affinités nouvelles. »

Je ne connais pas les résultats de l'analyse chimique des incrustations des lithopèdes ; mais celles qui recouvrent les membranes des lithomosques sont formées d'albumine et de phosphate de chaux (2). Si ces matières entrent comme parties constituantes essentielles dans la composition du sang, il me semble que la cause prochaine de ce phénomène n'est pas un problème bien difficile à résoudre. Les composés calcaires, et peut-être aussi d'autres composés salins unis à l'albumine, restent, après la résorption des parties fluides du sang, sous forme de précipités dans les vaisseaux, tandis que le sang épanché au pourtour du chorion a laissé déposer les mêmes matériaux sur cette membrane, et ils n'ont fait qu'un tout avec ceux contenus dans les vaisseaux. Il est donc probable que les substances servant de base à l'incrustation sont fournies par le sang.

Il est encore à présumer que les eaux, qui renferment aussi des substances identiques (3), abandonnent, lors de leur passage à travers les membranes de l'œuf, pendant l'acte de la résorp-

(1) *Gynaekologische Miscellen*, *loc. cit.* S. 258.

(2) *Verh. der Eerste Klasse*, D. III, bladz. 40.

(3) Gurlt a donné le résumé des analyses des eaux de la vache, faites par Proust, Berzélius et Lassaigne. *Lerhbuch der vergleichenden Physiologie der Haussâugethiere.* Berlin, 1837. S. 248. *Analyse de la liqueur amniotique de la femme, à diverses périodes de la gestation*, dans Müller, *Archiv. für Physiologie*, 1837, H. I. Comparez la *Neue Zeitschrift fur Geburtskunde von Busch, d'Outrepont und Ritgen* B. VIII. S. 294.

tion, les sels calcaires ainsi que l'albumine, et contribuent, pour leur part, à la formation des incrustations. Je ne puis admettre que les eaux, et surtout la liqueur amniotique, donnent en grande partie ou exclusivement naissance au dépôt calcaire; car, soit que l'on considère l'humeur de l'amnios comme un produit de la membrane de ce nom, soit que l'on cherche son origine chez la mère (ces questions sont encore controversées) (1), la résorption de cette humeur est trop rapide pour y chercher la somme des incrustations; il faut qu'un nouveau liquide vienne la remplacer.

Procédons par voie de comparaison, et voyons comment se forme le lithopède. A en juger par les descriptions, les sels calcaires se déposent aussi, en premier lieu, dans les membranes, lorsqu'elles sont demeurées intactes. On rencontre des exemples que non-seulement le corps du fœtus, mais l'œuf entier, y compris le placenta et le cordon ombilical, étaient recouverts d'une couche de chaux (2). Il n'est pas toujours possible de prendre l'incrustation à son origine; car on rencontre les lithopèdes chez des femmes dans le corps desquelles ils ont séjourné pendant de longues années. Avec le temps, ils sont entièrement transformés en une masse calcaire. L'incrustation gagne de plus en plus, et finit par pénétrer le fœtus à une profondeur proportionnée à l'ancienneté de son séjour au sein de sa mère. Le dépôt calcaire ne s'étend pas jusqu'au lithomosque, il se borne toujours aux membranes. Cette différence dépend, sans aucun doute, du petit nombre d'années que vit la femelle bovine. J'ai démontré par des exemples le prompt desséchement des fœtus et leur momification : il en résulte que ce changement est complet quelques mois après l'époque fixée pour la mise-bas (3). La momification paraît devoir précéder l'incrustation des lithopèdes, aussi bien que des lithomosques; le dépôt calcaire n'aura lieu d'une manière sensible qu'après la résorption des parties fluides. C'est ce qui explique l'absence de toute trace d'incrustation chez le veau qui forme le sujet principal de ce mémoire. En effet, le sang extravasé qui enveloppait le chorion n'avait encore rien perdu des parties fluides. Si la résorption avait continué, et que la mort de l'animal ne fût pas venue y mettre obstacle, il aurait présenté le dépôt calcaire, tout aussi bien que les deux sujets dont j'ai fait mention. Une fois que l'incrustation a commencé chez un litho-

(1) Comp. Burdach, *Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft*, B. II. S. 634.
(2) W. Vrolik, *loc. cit.*, bladz. 313 et 314.
(3) *Nieuwe Verhandelingen der Eerste Klasse van het Koninklyk-Nederl. Institut*, D. III. Bladz. 32-33.

pède, il n'est pas étonnant qu'elle progresse aussi longtemps qu'il reste renfermé dans le corps de la mère, et qu'elle arrive insensiblement jusqu'au fœtus : le même phénomène se passerait chez les lithomosques si la durée de leur séjour dans l'utérus se prolongeait.

Une pétrification plus complète présuppose un travail analogue à celui qui se passe dans le grand laboratoire de la nature pour amener au même état des débris organiques animaux et végétaux, lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes. Les corps qui subissent la pétrification sont peu à peu pénétrés par les matières qui produisent ce phénomène ; ils en prennent les propriétés, et finissent par se transformer entièrement en pierre, tout en conservant leurs formes extérieures.

La matrice ou toute autre partie dans laquelle le fœtus est renfermé, et avec laquelle il est en contact immédiat, peut continuer à charrier les matériaux nécessaires à ces changements. Alors, ainsi que pour d'autres concrétions pierreuses qui se forment dans les corps organisés, il s'établit probablement des affinités par suite desquelles le corps pétrifié s'approprie, suivant les lois de l'attraction chimique, les molécules identiques fournies par le sang des parties environnantes ; et de cette manière la pétrification se continue jusqu'à ce qu'elle soit complète. Il ne faut pas non plus perdre de vue que les substances calcaires des os, des muscles et d'autres tissus, fournissent peut-être une grande partie des éléments du travail de la pétrification.

Je rappellerai encore que la plupart des lithomosques portent tous les caractères d'une évolution bornée ; en général, ils ne vivent guère au delà du quatrième mois. Quoique l'on ne parvienne à fixer que très-rarement la durée de la vie fœtale des lithopèdes, il n'en est pas moins vrai qu'ils appartiennent également aux êtres imparfaits, c'est-à-dire à ceux qui succombent de bonne heure (1). Cette circonstance rend donc fort probable

(1) Dans quelques cas exceptionnels, on a rencontré des lithopèdes d'une plus forte dimension. Voigthel (*loc. cit.*, p. 520) cite le fait rapporté par Cammerarius (*Dissert. de fœtu* XLVI *annorum*. Tubingæ, 1720, dans *Halleri Collect. disp. pract.*, tom. IV, p. 757 ; Buldinger's, *Neues Magazin*. B. XIV. S. II. § 143), d'une femme âgée de quatre-vingt-quatorze ans, qui se croyait enceinte depuis vingt-six ans, et dans la matrice de laquelle il trouva une concrétion du volume d'une boule de forte dimension. Elle pesait huit livres, et adhérait solidement par un tissu spongieux, du diamètre d'un florin, à la paroi gauche de l'utérus. Extérieurement, cette boule était ossifiée, rude et garnie de petites élévations ; au point de réunion avec la matrice, cette masse était plus molle, et ressemblait à du cartilage. Au centre de cette enveloppe osseuse, qui avait l'épaisseur d'une forte plume à écrire, se trouvait un fœtus complètement développé, du sexe masculin, sec, dur, ne répandant aucune odeur, et ayant l'aspect de la viande fumée. La boule ne contenait aucune trace d'un

qu'à une époque plus avancée de l'évolution, le fœtus n'est plus susceptible d'éprouver la momification et la pétrification subséquente. Il faut croire que l'utérus, ayant pris un volume plus considérable, ne conserve pas un fœtus mort, qu'il survient des contractions qui expulsent le corps privé de vie. Si l'accouchement prématuré n'a pas lieu, le fœtus se décompose ; il est éliminé par l'une ou l'autre voie; ou bien l'on trouve, après la mort de la mère, les os réunis en une ou plusieurs masses (1). La collection d'anatomie pathologique de l'Ecole vétérinaire d'Utrecht renferme des pièces de cette nature.

J'ai essayé, jusqu'à présent, de comparer les lithopèdes intra-utérins, entourés de leurs annexes, avec des sujets identiques trouvés chez les animaux : il existe néanmoins des lithopèdes où le corps du fœtus est encroûté, à l'exclusion des membranes. Je dois à l'obligeance de mon honorable collègue, le professeur Sandifort, deux faits de cette espèce. Le premier est relatif à un œuf humain âgé d'environ trois mois, chez lequel le cordon ombilical est réduit, dans son centre et sur la majeure partie de son étendue, à un fil très-mince ; près de l'ombilic, on voit encore une partie du tube intestinal. Le fœtus est entièrement encroûté ; les bras et les jambes sont courbés et en quelque sorte confondus avec le corps. Sur le dos, on aperçoit une plaque calcaire plus dure ; la présence dans le chorion d'une matière ressemblant à de l'albumine coagulée est douteuse.

Le second sujet, fœtus du même âge, expulsé par une fausse couche, présente une incrustation analogue. La face interne de l'amnios n'offre aucun changement chez les deux individus.

Plusieurs observations de grossesses extra-utérines viennent confirmer ce qui précède (2). Jœrg (3) rapporte le cas remarquable, emprunté à Rœderer, d'une grossesse abdominale secondaire, où le fœtus, enveloppé d'une croûte calcaire, avait passé dans la cavité abdominale par une déchirure de la matrice ;

liquide quelconque. Il est à présumer que les membranes de l'œuf, qui avaient contracté une adhérence avec l'utérus, ce dont il existe plusieurs exemples, ont formé l'enveloppe ossifiée ou pétrifiée.

(1) Voigthel, *loc. cit.* S. 519. Voyez *Nieuwe Verhandelingen der Eerste Klasse*, D. III, bl. 30, 31.

(2) Des faits divers nous apprennent qu'il peut exister primitivement une conception intra-utérine qui, par la rupture de la matrice, devient une grossesse abdominale. Il arrive parfois que le fœtus étant ainsi déplacé, le placenta reste dans l'utérus. Feu le professeur Thomassen à Thuessink a rassemblé plusieurs observations concernant ce mode de gestation, dans son mémoire, déjà cité, sur la *Conceptio tubaria.*

(3) *Die Zurechnungsfähigkeit der Schwangern und Gebährenden*, Leipzig, 1817. S. 242.

les bords de la solution de continuité s'étaient réunis au moyen d'un dépôt de même nature. Cruveilhier (1) décrit une conception de l'ovaire : le fœtus, quoique placé en dehors des membranes, n'en était pas moins incrusté. Il mentionne encore une grossesse qui avait eu une durée de dix-huit mois. Une couche de matière calcaire s'était déposée autour du fœtus ; sous cette couche, la peau et les intestins se trouvaient à l'état normal : les membranes durcies de l'œuf la recouvraient ; celles-ci avaient contracté une adhérence avec le colon.

La division des membranes doit nous faire supposer que les eaux se sont écoulées par le vagin, ou qu'elles ont été absorbées. Nous ne pouvons donc admettre que ces humeurs aient contribué à l'encroûtement, ou qu'elles en avaient fourni les principaux éléments, ainsi que le docteur Tott le suppose. Du reste, il se passe ici un travail analogue à celui que j'ai exposé relativement aux lithopèdes intra-utérins.

Le sang et peut-être aussi la lymphe des tissus avec lesquels le fœtus est en contact immédiat sécrètent les matériaux nécessaires à l'incrustation ; le corps du fœtus, présentant une masse plus considérable, est aussi doué d'une attraction plus forte que les membranes détachées ou divisées. Les substances calcaires se déposent sur la surface du corps dépourvu de membranes ; lorsqu'elles sont restées intactes, le dépôt a lieu à l'endroit où les vaisseaux sont d'un plus fort calibre. Il est probable que par la résorption progressive des parties liquides, l'albumine et les substances calcaires, restant comme résidu, forment le noyau de l'incrustation. Celle-ci, une fois commencée, se poursuit ainsi que je l'ai exposé.

Rien ne s'oppose à appliquer la même loi, dans des conditions analogues, aux fœtus momifiés ou pétrifiés des animaux ; cependant on manque d'observations directes à l'appui.

Quoique les lithopèdes extra-utérins ne soient pas les plus rares chez la femme, je n'en connais jusqu'à présent aucun exemple chez les animaux. Peut-être que la cause doit en être recherchée dans les conceptions extra-utérines, infiniment moins fréquentes chez ces derniers, mais non tout à fait inconnues. Gurlt (2) a rassemblé plusieurs faits de conception des ovaires, des trompes, de l'abdomen, recueillis sur la jument, la vache, la truie, la brebis et la chienne, par Rohlwes, Coquet, Josephi et d'autres. On n'ajoute pas qu'un de ces fœtus se serait trouvé enveloppé d'une croûte de chaux ou de toute autre matière.

(1) *Loc. cit.*, livr. 37. Pl. I.
(2) *Lerhbuch, u. s. w.* Th. I. S. 254-256.

Je crois pouvoir conclure des observations citées, que la genèse des fœtus momifiés chez la femme et les femelles des animaux dépend de causes identiques; que cet acte anormal est soumis aux mêmes lois, modifiées suivant les différences anatomiques et physiologiques des espèces.

Je suis loin de croire que les considérations dans lesquelles je viens d'entrer ont donné toute satisfaction sur le phénomène de la momification et de la pétrification; mais mes remarques auront peut-être jeté quelque lumière sur cette question. Si je ne me trompe, il existe, sous certains rapports, des analogies entre les lithopèdes et les concrétions pierreuses des voies urinaires, digestives, etc.; sous d'autres rapports, ces productions offrent des différences. Elles se ressemblent en ce que les fœtus momifiés présentent comme noyau une surface étendue, sur laquelle vient se déposer l'incrustation, de même que des corps plus petits attirent les matières qui constituent les autres concrétions. Chez les lithopèdes cependant, le dépôt se fait de dehors en dedans; il pénètre de plus en plus les tissus du corps du fœtus; enfin, après un séjour assez prolongé au sein de sa mère, il est parfois transformé en une masse calcaire. Dans les autres concrétions, les masses terreuses et calcaires se déposent par couches concentriques autour du noyau, et ainsi elles gagnent en poids et en volume. Il ne s'est pas rencontré, que je sache, des lithopèdes momifiés ou pétrifiés intérieurement, et dont la superficie fût exempte de cette altération.

A quelques exceptions près, les lithopèdes sont portés sans danger pour la santé et la vie de la mère, ils ne provoquent ni lésions, ni dégénérescences dans les organes où ils siégent. On ne pourrait en dire autant des calculs vésicaux, intestinaux, biliaires et salivaires. L'âge avancé de 70, 80 et 90 ans, qu'ont atteint quelques femmes portant un lithopède, démontre suffisamment que les fonctions vitales n'en sont pas sensiblement troublées. On ne pourra méconnaître les efforts conservateurs de la nature, qui, en revêtant le fœtus mort d'une couche calcaire, douce au toucher, cherche à écarter le danger des lésions qui résulteraient des pointes osseuses faisant saillie.

Il est encore remarquable que les lithopèdes ne semblent pas croître en volume, malgré leur long séjour dans le corps. Ceux qui y sont demeurés pendant la plus longue période n'avaient pas le plus grand diamètre, et, sous ce rapport, ils offrent encore une différence avec les autres concrétions, dont la circonférence augmente en raison de l'ancienneté de leur séjour. La nature semble donc vouloir mettre un terme au dépôt, du moment que

l'incrustation est parvenue à un certain degré de perfection. Il faut néanmoins ajouter que le poids des lithopèdes n'est pas toujours indiqué.

Il se forme encore des concrétions pierreuses dans la matrice, sans que les débris d'un fœtus leur servent de noyau, et sans qu'une conception préexistante leur donne naissance, du moins dans tous les cas. Il ne faut pas les confondre avec les lithopèdes. Ceux-ci diffèrent aussi de ces productions, en partie osseuses, en partie fibreuses ou spongieuses, renfermées dans des tissus membraneux, et qui adhèrent parfois à la face interne de la matrice. Il n'est pas rare que ces productions parasites acquièrent un poids énorme. Nous lisons qu'une de ces tumeurs fibro-cartilagineuses, trouvée dans la matrice d'une femme de trente-quatre ans, pesait 74 livres de Vienne (1).

Voigthel (2) et d'autres ont puisé dans les auteurs anciens et modernes une foule d'observations sur les calculs utérins de différents diamètres et plus ou moins nombreux. On en a trouvé qui remplissaient toute la cavité de la matrice. Bartholin (3) décrit une pierre noirâtre à plusieurs ramifications, du poids de quatre livres, recueillie dans la matrice d'une femme hydropique, et chez laquelle se présentaient, en outre, deux autres concrétions dans le foie. Ruysch (4) enleva quarante-deux calculs chez une femme atteinte d'une descente de matrice, et Morus (5) trouva la capacité de l'utérus remplie par trente-deux calculs, chez une autre femme qui avait accusé pendant longtemps de fortes douleurs dans le bassin; le plus grand de ces calculs ressemblait à une amande, le plus petit à un haricot. Les calculs utérins éveillent ordinairement des symptômes morbides, tels que douleurs, difficulté d'uriner, etc.

La matrice n'est donc pas moins prédisposée aux concrétions pierreuses que d'autres viscères creux, tels que la vessie, l'estomac, les intestins, la vésicule biliaire, etc. L'utérus, dans l'état ordinaire, ne renferme ni liquides ni d'autres matières pouvant donner naissance à des concrétions ; il faut donc bien les considérer comme étant le produit d'une sécrétion de la matrice même. Il peut encore exister dans ce viscère une dyscrasie cal-

(1) *Oesterreichische medicinische Wochenschrift*, 1841, n° 19; Schmidt, *Jahrbücher der in und ausländischen gesammten Medicin.* Dritter Supplement-band, 1842, S. 196.

(2) *Loc, cit.*. S. 515.

(3) *Observation. Anat. chirurg.*, I, p. 1; *Thesaurus anatomicus*, VIII, p. 57.

(4) *Hist. Anatom. rariores*, Cent. IV, hist. LXIV. Tom. II, p. 363; Blancard, *Anat. pract. rar.* Cent. II, observ. LXXX, p. 288.

(5) *Ephemerid. Nat. Curios.* Cent I, observ. LXXVII, p. 148.

culeuse; car on a observé dans ses parois des ossifications et des concrétions terreuses : on a même trouvé l'utérus presque entièrement pétrifié (1).

Si nous attribuons la formation des lithopèdes à un mode particulier de pétrification, à l'égard duquel la matrice suit des lois particulières, quant aux causes et aux effets, il est néanmoins des objets qui, introduits accidentellement ou avec intention dans la matrice ou le vagin, se sont, après un long séjour, recouverts de semblables incrustations. Les pessaires, par exemple, finissent souvent par se recouvrir d'une croûte de chaux qu'il n'est pas rare de voir pénétrer assez profondément dans la substance de l'instrument et le transformer en une masse calcaire. Je me rappelle avoir vu un de ces pessaires incrustés; d'autres en décrivent d'analogues (2). Naguère, on en a encore cité deux cas, dans les *Jahrbücher* de Schmidt, 3ter *Supplement-Band*, 1842, s. 197.

L'un de ces pessaires, en bois, avait séjourné quarante-cinq ans dans le vagin; on le trouva à l'autopsie d'une femme âgée de 90 ans. Le vagin s'était exactement contracté autour de l'anneau et se trouvait transformé en une espèce d'éponge.

Le second était resté quarante ans dans la matrice (3) d'une femme âgée de 81 ans; elle était veuve, et tous les soirs, avant de s'endormir, elle éprouvait régulièrement de légers vomissements qui, une fois, persistèrent pendant trente-six heures, sans que les moyens employés parvinssent à les faire cesser. Enfin on en attribua la cause au pessaire placé quarante ans auparavant pour une descente de matrice, et qui depuis cette époque n'avait pas été enlevé. A l'exception des vomissements, cette femme n'avait jamais été malade; elle n'avait pas non plus gardé le lit, et elle put continuer à surveiller sa ferme jusque peu de temps avant sa mort. Lorsqu'on enleva, non sans peine, l'anneau de la vulve, où il était fortement enclavé, il s'en détacha, par les efforts que l'on fit pour le déloger, des fragments d'une concrétion calcaire d'un demi-doigt d'épaisseur : on fut obligé d'en écarter encore une grande partie avant que le pessaire pût être dégagé. Ces fragments répandaient une odeur insupportable.

L'instrument encroûté d'une couche épaisse de chaux était formé de liége trempé dans de la cire. Les vomissements ces-

(1) Comp. Otto, *loc. cit.*, p. 366, et les auteurs cités.

(2) Walter, *Anat. Museum.* B. I. S. 162; Otto, *loc. cit.*, p. 160.

(3) Le titre de cette observation due au conseiller de cour Seeger, à Berlin, ferait croire que le pessaire a séjourné dans la matrice; mais il faut conclure, des détails descriptifs, que l'instrument était placé dans le vagin. L'observation avait déjà été publiée dans le Journal de Hufeland, de l'année 1839.

sèrent dès que la malade en fut débarrassée ; mais elle succomba peu de temps après.

De semblables pétrifications me semblent pouvoir être comparées jusqu'à un certain point, quant à leur formation, avec celle des lithopèdes.

On peut encore rapprocher de ces transformations un phénomène que l'on remarque parfois dans les gestations doubles, alors qu'un fœtus succombe, se change en une masse ressemblant à du cuir, et se sèche pour ainsi dire comme une momie, tandis que l'autre continue son évolution, et arrive à terme ; les deux sujets se présentaient en même temps ou à de courts intervalles. L'être imparfait est parfois aplati. Mon honorable collègue W. Vrolik (1) en rapporte plusieurs cas observés par Luber, G. Vrolik, Richter, Cruveilhier et Chapman. J'y ajoute les faits publiés par Jorritsma (2), Geoffroi-St-Hilaire, madame Rondet, Hirsch (3), Quadrat (4), Nancrède (5) et Jackson (6). Les animaux en offrent aussi des exemples. Gurlt trouva chez une truie, entre deux gorets régulièrement conformés, deux fœtus qui n'avaient pas le tiers de la grandeur des autres ; ils étaient bruns, et paraissaient desséchés. Une chienne présenta dans l'une des cornes de la matrice des fœtus sains ; ceux que l'autre renfermait étaient dans un état de siccité presque complète. Une jument, à Trahkenen, donna un poulain à terme, et, peu après, un très-petit qui était mort et racorni. Je possède deux observations de jumeaux chez la vache : leur degré d'évolution n'est pas le même ; mais, malgré l'imperfection et la mort prématurée des fœtus, ils n'étaient pas desséchés. Des membranes et des eaux distinctes les enveloppaient ; ils ne présentaient aucune trace de putréfaction : la peau de l'un était couverte de poils courts, il portait des onglons mous et incomplets ; l'autre avait la peau dégarnie. On peut en conclure qu'il est mort vers l'âge de quatre mois ; son développement correspondait, du reste, à cet âge.

Ces faits nous portent encore à des comparaisons avec l'espèce

(1) *Handboek der Ziektekundige Ontleedkunde*. D. I, bladz. 321.

(2) *Verhandelingen van het Provincial-Utrechtsch Genootschap van Kunsten en Wetenschappen* ; Utrecht, 1831.

(3) Siebold, *Journal für Geburtskunde*. B. XV. St. I, 1835.

(4) *Oesterreichische medicinische Jahrbücher*. B. XXI; *oder Neueste Folge*, B. XII. St. I.

(5) *American Journal of the medical Science*, 1838.

(6) *Hamburger Zeitschrift für gesammte Medicin*, 1838. Ces observations sont analysées dans la *Neue Zeitschrift für Geburtskunde von Busch*, *d'Outrepont, Ritgen und Siebold*. B IV, S. 422; B. VI, S. 115; B. VII. S. 447; B. IX, S. 288.

humaine. Ainsi, une femme, après plusieurs parturitions unipares, eut un accouchement prématuré de trois jumeaux. Le premier qui vit le jour, renfermé dans des membranes, présentait tous les caractères d'un développement incomplet; il était parvenu au terme d'environ huit mois, et vécut deux jours. Immédiatement après, deux autres, contenus dans les mêmes membranes, furent expulsés; ils ressemblaient à des fœtus de trois mois, et ne portaient aucune trace de putréfaction. Un placenta unique, bien conservé, était commun à tous les trois.

Nous voyons, par ces observations, que les eaux ne disparaissent pas toujours, et qu'alors les fœtus ne sont pas sujets à la momification. Cette disparition est-elle une condition indispensable du desséchement, de l'aplatissement, de la momification? Il est difficile d'expliquer la résorption des eaux d'un seul fœtus, tandis que celles dans lesquelles nage l'autre, ou les autres, chez les femelles multipares, n'éprouvent aucune diminution. Il faut admettre, dans ces circonstances, afin de se rendre compte du phénomène, que les eaux se perdent par la rupture de l'œuf. L'aplatissement de certains fœtus non parvenus à terme dépend probablement de la compression mécanique qu'ils éprouvent, après leur mort, entre la paroi de la matrice et le fœtus renfermé dans l'œuf parfait, plutôt que de la compression due au défaut d'espace, qu'invoque Geoffroi-St-Hilaire. Aussi longtemps que les membranes conservent leur intégrité, et qu'elles sont distendues par les eaux, la compression prépondérante d'un corps sur l'autre devient à peine possible. Dans les cas que j'ai rapportés, de portées doubles de veaux inégaux, contenus dans des membranes séparées, munies de leurs eaux, ces êtres imparfaits avaient conservé leurs formes naturelles, sans que l'on pût y découvrir la moindre trace de compression.

CONSIDÉRATIONS SUR LA MALADIE DES POMMES DE TERRE;

Par M. J. B. Depaire, pharmacien à Bruxelles.

On a beaucoup écrit sur la maladie des pommes de terre, et cependant on n'est pas encore parvenu à s'en faire une idée exacte; peut-être même n'y parviendra-t-on jamais.

Le mémoire le plus récent qui ait été publié sur ce sujet est celui du Conseil de salubrité publique de Bruxelles. Après avoir donné l'historique de la maladie et présenté l'état des plants de pommes de terre dans les environs de la capitale, la Commission chargée de ce travail arrive à l'examen des opinions émises sur la cause de

la maladie. Elle réfute sommairement toutes les théories qu'on a données, en présentant ce que chacune a de défectueux, et elle s'attache principalement à rejeter l'opinion d'un de nos plus savants professeurs. La théorie du botrytis était, à la vérité, la seule qui méritât une réfutation complète, et, quoi qu'on en ait dit, elle ne reste pas moins la seule basée sur une observation judicieuse. Si l'auteur a pris un effet pour une cause, on ne doit point lui en vouloir. C'est pour la même raison que le système du monde est resté si longtemps inconnu, et qu'il a fallu un grand génie, méditant pendant de longues années, pour trouver la loi générale, unique et constante, qui préside à tous les mouvements des corps planétaires. Enfin, la Commission admet : « que pendant les nuits froides du mois de juin, il régnait un vent vif, qui, dispersant les nuages, découvrait le ciel et facilitait le rayonnement vers l'espace des parties vertes des plantes, en même temps qu'il évaporait l'eau tombée quelques heures auparavant, et dont étaient couvertes les feuilles et les tiges des pommes de terre. Ces deux causes de refroidissement, agissant à la fois sur une plante tendre et gorgée de sucs, eurent bientôt abaissé sa température jusqu'au point de la congeler. »

Malgré la haute estime que nous avons de ceux qui se sont rendus les organes du Conseil de salubrité publique, malgré le poids d'une opinion émanant d'une Société composée d'hommes aussi éclairés dans toutes les parties des sciences naturelles, nous n'avons pu nous ranger à sa manière de voir sur la cause de la maladie des pommes de terre, et quoi que nous ayons fait pour tâcher de rallier dans notre raisonnement tous les faits à l'hypothèse qu'elle a émise, nous n'avons pu y parvenir par des considérations dont voici les principales :

1° Si le seul refroidissement des plantes, produit par le rayonnement de leurs parties vertes vers l'espace et l'évaporation de leur surface dans un air agité, est la cause de la congélation qui a produit la maladie, pourquoi cette maladie a-t-elle sévi sur les pommes de terre plutôt que sur l'innombrable quantité de plantes herbacées qui croissent dans les mêmes circonstances ? pourquoi certaines pommes de terre ont-elles été attaquées avec plus d'énergie que certaines autres plantées dans les mêmes milieux ? Des causes aussi générales que celles que l'on veut mettre en jeu ne devraient-elles pas produire des effets plus constants et plus généraux ?

2° Si le seul refroidissement des plantes, produit par le rayonnement de leurs parties vertes vers l'espace et l'évaporation de leur surface dans un air agité, est la cause de la congélation qui a

produit la maladie, pourquoi les tubercules dont on a coupé les tiges, tandis que celles-ci étaient encore à l'état normal, ont-ils éprouvé le même genre de décomposition que ceux dont on n'avait pas séparé les tiges? N'était-ce pas, au contraire, un excellent moyen de préserver les tubercules de la contagion, puisqu'on soustrayait les parties rayonnantes du végétal?

Pour affermir la théorie qu'elle avance, la Commission aurait dû, ce nous semble, chercher à établir que les fanes avaient été malades avant le tubercule, que le dépérissement du tubercule n'avait été que l'effet de l'anéantissement de ses organes respiratoires et expiratoires; car il est probable que le tubercule a été attaqué avant que la maladie se soit déclarée à l'extérieur. Il est bien loin d'être démontré que la maladie de la tige a été la cause directe de la décomposition du tubercule; et si l'on en juge par le rapport de la Commission (car on ne peut avoir égard au dire des agriculteurs, attendu qu'ils ne sont pas d'accord, et que l'un prétend avoir vu d'une manière ce que l'autre soutient avoir vu d'une autre), on serait plutôt tenté de croire que la maladie du tubercule est antérieure à celle des fanes, puisque, dans le cinquième champ (environs de Laeken), elle a observé, à des fanes encore assez vertes, quelques tiges ayant encore des feuilles saines, tandis que les tubercules étaient fortement tachés et que les racines commençaient à pourrir. D'un autre côté, la commission de la Société de médecine d'Anvers a remarqué des fanes entièrement saines, lorsque les tubercules étaient malades.

On pourrait donc admettre avec quelque raison que, loin d'être la cause de la décomposition du tubercule, l'anéantissement des fanes n'en a été que l'effet inévitable.

Depuis les expériences de Wells, personne ne conteste le refroidissement des plantes par le rayonnement de leur calorique vers les espaces célestes; c'est la seule théorie de la rosée qui soit admise aujourd'hui : on est d'accord aussi sur le refroidissement des surfaces en évaporation. Mais ce qui n'est pas constaté et n'est pas probable, c'est que les tiges et les feuilles de pommes de terre perdent plus de calorique, et par là se refroidissent plus que les autres végétaux de même consistance, qui, exotiques comme elles, croissent dans les mêmes circonstances atmosphériques. Voilà cependant la conséquence immédiate de la théorie de la congélation. Ce qui ne s'explique pas non plus, c'est la formation des taches sur les tiges, et l'explication qu'on a donnée ne nous paraît guère plus probable que l'hypothèse de la concentration des rayons solaires par les gouttes d'eau. Il était tout aussi rationnel de dire (comme on l'a dit en météorologie pour

expliquer la cause des brouillards secs) que, cette année, la queue de quelque comète, échappée aux investigations des astronomes, avait rencontré notre globe dans les parties frappées du fléau.

D'après ce qui précède, on voit que la théorie de la congélation ne suffit plus à elle seule pour expliquer tous les faits connus ; cherchons donc si quelque autre hypothèse ne conviendrait pas mieux pour expliquer la cause de la maladie. Et d'abord qu'il nous soit permis une réflexion sur la marche qu'on a suivie pour arriver à la connaissance de la vérité.

Dans tous les mémoires qu'on a écrits depuis cinq mois environ, on a parlé d'une décomposition que l'on est forcé d'admettre ; mais avant de chercher la cause de cette décomposition, on aurait dû, à notre avis, en connaître la nature : là devait être le point de départ de toute spéculation.

Jusqu'à cette heure, la chimie n'a pas dit son mot sur la cause de la maladie des pommes de terre. Serait-elle cette fois impuissante devant une question aussi capitale ? Nous ne le pensons pas, et nous soupçonnons même qu'il se prépare dans l'ombre quelque mémoire où le raisonnement sera basé sur des expériences directes, mémoire qui sans doute répandra un grand jour sur la cause qui nous occupe. Nous ne croyons pas qu'il soit donné à une seule branche des sciences naturelles de déterminer la cause d'une maladie aussi rare que terrible ; il faut le concours de toutes pour arriver à ce but.

Puisque les pommes de terre ont seules été frappées de désorganisation, n'y aurait-il pas dans leur nature, dans leur composition, quelque chose qui les prédispose à subir une altération morbide lorsque certaines circonstances se trouvent réunies ? Ce quelque chose ne peut résider que dans la composition du tubercule, attendu que le reste de la plante possède le même accroissement, les mêmes éléments que les autres végétaux.

Parmi les constituants du tubercule de la pomme de terre, se trouve l'amidon. Les expériences de Th. de Saussure ont fait connaître avec quelle facilité l'amidon se change en gomme, et la gomme en sucre. Pour ne pas rappeler l'action des agents chimiques sur ce corps, nous mentionnerons seulement l'effet que produit une température de 19 à 24°, qui est celle de l'air en été. En effet, exposé pendant un à deux mois à cette température, l'amidon se transforme en sucre, en gomme, en amidine, et quelquefois en matière résineuse. Henry jeune, en analysant les pommes de terre, n'y trouva pas de gomme ; mais il obtint du sucre incristallisable ; ce qui paraît indiquer que la formation de la gomme et du sucre, aux dépens de l'amidon, s'opère quelquefois

dans la racine elle-même. Le travail d'Einhof démontre que « le changement de température accélère cette métamorphose à tel point, que si on expose les pommes de terre à quelques degrés au-dessus et à quelques degrés au-dessous de zéro, cette altération se manifeste rapidement; les pommes de terre se ramollissent, perdent leur consistance, et il s'en écoule quelquefois un sirop si riche en sucre, que les pommes de terre qui se trouvent dans cet état ne se congèlent pas, même à plusieurs degrés au-dessous de zéro. Les tubercules qui se trouvent dans cet état de fermentation saccharine ne tardent pas à éprouver la fermentation acide et à entrer en putréfaction. Mais toutes les pommes de terre ne présentent pas ce phénomène, et on trouve quelquefois que, dans un tas de pommes de terre, la moitié n'a subi aucune altération. »

On voit, par ce qui vient d'être rapporté, que l'amidon peut se transformer sous l'influence d'une seule des circonstances qui se sont présentées cette année. Que deviendra-t-il lorsqu'il sera soumis à l'action alternative du froid, de la chaleur, à l'action constante de l'humidité et de la force vitale? c'est un mystère que nous ne pouvons pénétrer dans l'état actuel de la science : la physiologie végétale a beaucoup à attendre de l'étude approfondie de la force vitale; mais il est certain qu'il ne peut résister à ces agents réunis, que ses éléments doivent se séparer pour se grouper de manière à former des combinaisons plus stables et plus intimes, suivant l'attraction particulière de ces éléments. Il est donc probable que, soumis à l'influence de l'humidité, des changements brusques de température qui ont été signalés cette année, et de la force vitale, l'amidon a subi une altération dans sa nature, altération qui a entraîné la décomposition totale de la plante qui le contenait.

Dans cette hypothèse, la maladie du tubercule a été la cause directe de l'anéantissement des fanes, et nous avons, en faveur de cette manière de voir, l'expérience dont les résultats fâcheux ne sont que trop connus : nous voulons dire le procédé de M. Morren, l'éloignement des tiges saines. Envisagé de cette manière, le point de départ de la maladie des pommes de terre a été une désorganisation que l'on pourrait comparer à une fermentation, désorganisation qui doit marcher tant qu'elle rencontrera des substances à décomposer. C'est malheureusement ce que confirme l'observation de tous les jours : les pommes de terre ne se conservent pas.

De tous les moyens proposés pour la conservation de ce qui n'est pas entièrement détruit, celui que prescrit le Conseil de

salubrité publique nous paraît devoir mériter la préférence. On ne peut donner de procédé à la fois plus clair et plus facile ; nous allons le rapporter tel qu'il a été publié. « Après avoir au préalable lavé les tubercules, on les râpe pour les réduire en pulpe ; on jette celle-ci sur un tamis qu'on aura soin de tenir au-dessus d'une cuvelle ; on lave alors la pulpe à grande eau en la remuant un peu, afin de faciliter la séparation de la fécule. Ces lavages doivent être continués jusqu'à ce que l'eau passe claire et limpide. Par ces lavages successifs, la fécule est entraînée à travers le tamis et tombe dans la cuvelle, où elle ne tarde pas à se déposer au fond de l'eau ; il suffit alors de décanter, c'est-à-dire de laisser écouler doucement l'eau qui recouvre la fécule, puis de recueillir celle-ci et de la faire sécher en l'étendant sur des toiles propres ou sur des planches qu'on expose au soleil, ou même sur le plancher d'une chambre qu'on chauffe à quelques degrés au-dessus de la température de l'atmosphère. De cette manière, on peut préparer une très-grande quantité de fécule en peu d'heures ; les plus petits enfants peuvent même être employés à cette fabrication, en leur confiant la première opération, le râpement... Avec la fécule obtenue des pommes de terre, on pourra préparer d'excellentes soupes, des gâteaux savoureux, en la mélangeant en certaines proportions avec des farines de froment ou de seigle.... Mais ce n'est pas tout : dans la fabrication de la fécule, il reste sur le tamis un autre produit qui est la partie parenchymateuse du tubercule. Quoique cette partie soit celle qui est le siége principal de la maladie, on peut cependant encore l'employer ; car, par les lavages répétés qu'exige la fabrication de la fécule, le parenchyme se débarrasse des sucs morbides dans lesquels il s'est partiellement converti en s'altérant, ainsi que le démontre la coloration en brun des eaux de lavage.

« On peut donc recueillir ce parenchyme et le faire sécher en l'étendant au soleil ; ou bien on peut suivre le conseil donné par notre collègue M. le professeur Brogniez, c'est-à-dire, qu'après avoir bien exprimé la partie parenchymateuse pour la priver d'eau autant que possible, on pourrait la mélanger avec environ 4 p. 100 de sel brut pour la conserver en masse pâteuse.... Le parenchyme desséché, ou converti en masse pâteuse avec addition de sel, peut par conséquent encore venir en aide aux cultivateurs pour nourrir leurs bestiaux ; car nous avons la conviction que ce mode d'alimentation ne saurait avoir le moindre inconvénient, si l'on a soin, comme cela se doit faire, de le varier par des proportions convenables d'une autre nourriture. »

Nous n'avons rien à ajouter à ce procédé d'une exécution aussi

facile que peu coûteuse ; nous conseillons seulement d'ajouter de nouvelle eau pure à la fécule déposée après avoir décanté, afin d'éliminer tout principe altéré.

Quant à l'emploi de la partie parenchymateuse comme aliment des animaux, l'idée nous a paru excellente : c'est en quelque sorte réaliser le projet d'Autenrieth, qui, il y a une vingtaine d'années , proposait de nourrir les cochons avec de la sciure de bois bien pulvérisée et mêlée avec de la farine. Quoique ce mode d'alimentation paraisse devoir être fécond en résultats heureux, l'économie rurale n'en a pas encore tiré parti.

Cependant, si l'emploi de la fibrine des pommes de terre malades, comme nourriture des animaux, ne présente aucun inconvénient, il nous semble qu'on pourrait l'employer à un usage plus lucratif pour l'industrie, attendu que la nourriture des animaux ne manque pas cette année.

La nature chimique de la fibrine des pommes de terre n'est pas connue comme elle mérite de l'être : ce qu'on en sait se réduit à bien peu de chose. Après l'extraction de la fécule, cette fibrine se présente sous forme d'une masse brune. Soumise à l'action de l'eau jusqu'à ce que celle-ci passe incolore , elle blanchit ; desséchée, elle forme des fibres translucides. Cette substance tient à la fois de l'amidon et du ligneux : lorsqu'on la fait bouillir pendant longtemps avec de l'eau, elle se convertit en un empois translucide ; l'air atmosphérique réagit fortement sur elle lorsqu'on l'abandonne, encore humide, à son action, comme le prouve l'odeur de vinaigre qui se dégage après deux jours de contact avec ce fluide.

Ces propriétés nous firent conjecturer qu'en soumettant à l'action de la force catalytique la fibrine des pommes de terre, nous pourrions la transformer en sucre. Afin de vérifier si l'expérience était d'accord avec la théorie, nous mêlâmes 12 parties de fibrine sèche avec 17 parties d'acide sulfurique concentré, ajouté par petites portions afin d'éviter toute élévation de température ; la masse poisseuse ainsi obtenue fut abandonnée au repos pendant vingt-quatre heures. Nous l'étendîmes ensuite d'une grande quantité d'eau , et nous la soumîmes à l'ébullition pendant dix heures dans un appareil de plomb. La liqueur, neutralisée par le carbonate calcique, fut évaporée en consistance d'extrait solide que l'on fit redissoudre dans dix fois son poids d'eau. A cette solution on ajouta de la levure de bierre , et on abandonna le tout à une température de 24°, dans un vase profond. Les phénomènes de la fermentation ne tardèrent pas à se manifester : d'abord tumultueux et violent, le dégagement de

gaz se fit ensuite d'une manière permanente et régulière. Après quarante-cinq heures, tout mouvement ascendant avait cessé ; le ferment rassemblé à la surface du liquide retomba au fond du vase, et le mélange s'éclaircit.

La saveur sucrée avait fait place à la saveur alcoolique : d'abord inodore, le liquide avait acquis un arome agréable. Nous le soumîmes à la distillation, et nous obtînmes un produit limpide, agréable au goût et à l'odorat : c'était un mélange d'alcool, d'eau et d'une huile volatile. Nous ne poussâmes pas plus loin nos expériences, laissant aux distillateurs le soin de calculer le rapport du produit aux matières employées, et de perfectionner le procédé classique que nous avons suivi ; car on conçoit facilement qu'au lieu, par exemple, de faire bouillir la liqueur acide pendant dix heures dans un appareil de plomb, on pourrait se servir d'un vase de bois dans lequel on ferait arriver, pendant le même espace de temps, un courant de vapeur d'eau ayant déjà servi à quelque autre usage. Les moyens employés pour obtenir l'esprit de vin à un degré voulu, l'alcool à la saveur pure et franche, sont trop connus pour que nous les transcrivions ici : ce serait répéter ce que l'on trouve dans tous les manuels.

Avant la publication du rapport du Conseil de salubrité publique, nous avions cru devoir recommander le procédé employé pour la conservation des pommes de terre dans les voyages de long cours et dans les temps de disette. Le voici tel qu'il est en usage depuis longtemps : enlever l'épiderme des pommes de terre saines et les parties malades de celles qui sont attaquées ; couper par rouelles les parties ainsi dénudées; les enfiler les unes après les autres; les plonger pendant une à deux minutes dans l'eau chaude, et les faire sécher à l'étuve. Par l'immersion dans l'eau chaude, la fécule qui se trouve en contact avec ce liquide se dissout, et en se séchant forme un vernis qui protége l'intérieur. On les fait macérer quelque temps avant d'en faire usage.

Ce procédé, sanctionné par l'usage qu'on en fait depuis longtemps, n'a jamais trompé l'espoir de ceux qui s'en sont servis.

Nous tentâmes d'abord une analyse de la pomme de terre malade; mais lorsque nous voulûmes la recommencer pour vérifier les résultats, nous obtînmes des poids tout à fait différents par suite des progrès de la décomposition. Nous signalerons seulement : 1° la diminution considérable de l'amidon, qui disparaît totalement lorsque la désorganisation est profonde ; 2° la décomposition de l'albumine végétale, seule cause de la coloration du

suc exprimé des pommes de terre malades et de l'odeur désagréable que celles-ci répandent : on sait en effet que l'albumine végétale, abandonnée à elle-même en présence de l'humidité, se décompose en dégageant l'odeur dégoûtante des substances animales en putréfaction, par la production d'ammoniaque et de sels ammoniacaux ; 3° la présence en quantité considérable, proportions gardées, d'une huile volatile, jaunâtre, d'odeur forte et nauséabonde, soluble dans l'alcool et l'éther, colorant en rouge l'acide sulfurique concentré, sans réaction apparente sur le chlorure stannique, formant sur le papier une tache qui ne disparaît entièrement qu'à une température voisine de la combustion du papier ; 4° la séparation d'ammoniaque sensible à l'odorat, plus sensible aux réactifs, lorsqu'au suc exprimé et filtré on ajoute de la potasse caustique. Cette manifestation de l'ammoniaque contrôle la disparition partielle de l'albumine végétale, car les réactifs indiquent, dans le suc exprimé de la pomme de terre, la potasse, la chaux, la magnésie, l'alumine, le fer, le manganèse, les acides sulfurique, phosphorique, chlorhydrique, tartrique et (lactique?), l'albumine végétale, le sucre, la gomme, l'asparagine, une matière nitrogénée, une huile jaune, et la solanine. De ces substances, quatre contiennent du nitrogène : ce sont l'albumine végétale, la matière nitrogénée, l'asparagine et la solanine. La matière nitrogénée entre dans la composition des pommes de terre pour 0,4 à 0,5 p. 100, l'asparagine pour 0,1 p. 100 ; on ne trouve que des traces de solanine. Ces trois substances réunies ne contiennent pas assez de nitrogène, relativement à la quantité qui entre dans la composition du tubercule, pour produire l'ammoniaque qui se dégage, en supposant même que toutes les trois se trouvent réduites à leurs éléments. L'albumine végétale entre pour 7 et même 8 p. 100 dans la pomme de terre, et contient 15,705 de nitrogène sur 100 parties ; de sorte que 100 d'albumine peuvent, en se décomposant, donner naissance à 19,029 d'ammoniaque gazeuse.

Tels sont les faits que nous avons cru devoir consigner ici : nous engageons fortement les personnes qui s'occupent de chimie industrielle à vérifier par elles-mêmes les expériences que nous avons rapportées, et à faire des recherches sur la fibrine des pommes de terre, afin de déterminer le moyen le plus économique de la transformer en sucre. Ces expériences peu coûteuses ne sont pas difficiles et donnent des résultats qui compensent bien la peine qu'on s'est donnée. De cette manière, le gouvernement, en favorisant l'extraction de la fécule, favorisera par le même fait une branche d'industrie que l'on proposait de suppri-

mer : la fabrication de l'eau-de-vie au moyen du tubercule des pommes de terre.

En écrivant ce qu'on vient de lire, nous n'avons pas eu la prétention de trancher la question de la cause de la maladie des pommes de terre. Toute théorie n'est admissible que pour autant qu'elle explique la marche des faits : lorsqu'elle ne suffit plus, on doit en chercher une autre qui se prête mieux à l'effet qu'on en attend ; et telle aujourd'hui est en vogue qui demain sera renversée. Nous ne doutons donc pas que la manière de voir à laquelle nous avons donné la préférence aura le sort de celles qui l'ont précédée : lorsqu'une théorie plus rationnelle sera émise, nous serons le premier à l'adopter.

Trop heureux si nous avons pu être utile à nos concitoyens ! Nous nous croirons bien récompensé des recherches que nous a occasionnées ce travail, si nous avons fait faire un pas vers la connaissance exacte de la cause d'un mal qui aujourd'hui intéresse l'Europe entière. J. B. Depaire, pharmacien.

NOTE SUR LES AMPUTATIONS SPONTANÉES ;

Par M. le docteur SIMONART, professeur à l'Université de Bruxelles.

Les Traités d'accouchements, même les plus modernes, ne font qu'effleurer la question si intéressante des *amputations spontanées*. Cazeaux, Chailly, Hatin, Capuron, Baudelocque, et la plupart des auteurs de traité didactique d'obstétricie, ont gardé une grande réserve sur ce phénomène si obscur et si étrange de la vie intra-utérine. Aussi, beaucoup d'accoucheurs ignorent-ils même jusqu'à l'existence des amputations spontanées. Ce sont ces motifs qui nous ont engagé à rédiger cette note.

Définition. — Nous définissons l'*amputation spontanée*, la séparation intra-utérine d'une partie quelconque du fœtus, et plus spécialement d'un ou de plusieurs membres, ou de l'extrémité céphalique, d'avec le reste du corps fœtal, et cela par suite d'un travail accidentel et lent, insensible pour la mère.

Historique. — Aussi étonnant et rare qu'obscur et diversement interprété, ce phénomène a souvent été relégué parmi les fables, et aujourd'hui, comme au temps de Haller, bien des accoucheurs refusent d'y ajouter foi, ou le considèrent comme un simple arrêt de développement. Il appartenait au célèbre Chaussier de fixer définitivement les esprits sur ce point. Ce fut en 1812, dans un *discours prononcé à la Maternité de Paris*, qu'il fit connaître trois

faits authentiques d'amputations spontanées du fœtus. Béclard, cet autre observateur sévère et judicieux, fit insérer, en 1817, un quatrième fait dans le *Bulletin de la Faculté* (tome V). P. Dubois, de son côté, fit des recherches actives sur ce sujet, et publia, dans le *Répertoire des Sciences médicales* (tome XXI), une observation recueillie, en 1824, par Watkinson. Mais ce fut Montgommery, de Dublin, qui contribua le plus à jeter du jour sur l'existence et le mécanisme de cette singulière mutilation; il inséra, en 1830, dans l'*Encyclopédie de Médecine*, un mémoire curieux où il faisait connaître quatre faits inédits d'*amputation spontanée* (c'est à lui que nous devons cette dénomination). Plus tard, Schwabe, de Cellada, fit insérer un dixième fait dans le *Journal de Siebold* (tome XII); Zagorski, en 1834, dans les *Mémoires de l'Académie de St-Pétersbourg*; Veïel, dans *Frorieps notizen* (tome XII); Fitch, de Boston, dans *American journ. of med. sc.*; enfin, Monod et Taxil consignèrent successivement des faits bien avérés d'amputations spontanées.

Analyse des faits bien connus. — Des trois faits relatés par Chaussier, deux furent observés par lui; le troisième lui fut communiqué de Dijon. Dans les deux premiers cas, « il manquait une partie d'un des avant-bras; la partie détachée ne fut sans doute pas retrouvée, car il n'en parle pas : quant à la partie restante, elle présentait à son extrémité une cicatrice blanche et compacte, au milieu de laquelle on apercevait deux prolongements osseux saillants et recouverts d'une couche blanchâtre épidermoïde : les os, les muscles et les artères offrirent les mêmes dispositions que sur un adulte à qui on a coupé l'avant-bras depuis quelque temps. Dans le troisième cas, le fœtus, né au huitième mois de la gestation, était privé de la plus grande partie de l'avant-bras droit; la partie manquante fut retrouvée au milieu des secondines. La cicatrisation n'était pas complète au centre; les deux os y faisaient une saillie couverte de bourgeons charnus. » (Fabre, *Dict. des Dict. de Méd.*) — Dans le fait de Béclard, l'amputation avait eu lieu sur la jambe; le pied correspondant, plus petit que l'autre, fut retrouvé. — Watkinson « reçut un enfant dont la jambe gauche semblait avoir été amputée à peu de distance au-dessus des malléoles; il trouva ensuite le pied dans le vagin, et le retira : ce pied était plus petit que l'autre, mais ne présentait d'ailleurs aucune trace de gangrène; il n'offrait même aucune altération de couleur, et s'était parfaitement conservé dans l'eau de l'amnios. Les deux surfaces de jonction du pied et de la jambe étaient presque cicatrisées; l'une et l'autre offraient deux saillies formées par les deux extré-

mités des os. » — Il s'agissait, dans un premier fait de Montgommery, d'un fœtus de cinq mois présentant « des *brides* qui, après avoir étreint les deux mains qui étaient mal développées, gagnaient les jambes sur lesquelles elles exerçaient une constriction circulaire au-dessus des malléoles; il existait en ce point un sillon qui comprenait au moins les deux tiers de l'épaisseur des jambes. La peau qui les recouvrait était intacte, et, à l'exception du développement incomplet des pieds, on n'y remarquait aucune altération. » — Dans un second fait, le fœtus mort-né, de huit mois, offrait encore au-dessus des malléoles un sillon, mais tellement profond, que la peau et les os étaient seuls restés intacts. Le pied gorgé de sang n'offrait aucune trace de gangrène. On ne découvrait point de lien constricteur. — Dans le troisième cas, et dans le quatrième observé par Adams, le cordon ombilical, chez des fœtus de trois mois, avait exercé une constriction si forte que la dépression s'étendait jusqu'aux os. — Le fait de Schwabe est en tout semblable à ces deux derniers. — Le fœtus de Zagorski n'avait que cinq mois, pas de jambe droite, et le moignon de la cuisse correspondante, cicatrisé et légèrement saillant en cône, présentait un filament délié qui allait, d'autre part, étreindre avec force l'autre jambe au-dessus des malléoles. A ce filament était suspendu le membre détaché, représentant un petit corps ovalaire dont le pied semblait être celui d'un embryon de deux à trois mois. — Chailly (Honoré), dans son *Traité d'Accouchements*, Paris 1842, page 356, reproduit un dessin emprunté au *Traité des Signes de la grossesse*, de Montgommery, où des altérations de l'espèce sont figurées. — Dans les observations de Veïel et de Fitch, le membre détaché avait été expulsé plusieurs jours avant le fœtus; le moignon était complètement cicatrisé chez l'un et incomplètement chez l'autre. — Le col du fœtus, observé par Taxil, était si serré par trois circulaires du cordon ombilical, qu'il n'avait plus que deux à trois lignes d'épaisseur (Chailly, *l. c.*). — Dans le fait de Monod, les circulaires du cordon avaient laissé sur les membres du fœtus des rainures très-profondes, et non-seulement sur les parties molles, mais encore sur les os eux-mêmes.

N. B. L'amputation spontanée n'a pas encore été observée dans la grossesse gémellaire, ni chez des fœtus à terme.

Mécanisme des amputations spontanées. — Les tocologues sont partagés sur la manière d'expliquer ces sortes d'amputations. Les uns, avec Haller, les attribuent à un *arrêt de développement;* les autres, Chaussier et Richerand à leur tête, les rapportent à une *gangrène partielle;* des troisièmes regardent ces amputations

comme dues à une *constriction exercée par le cordon ombilical*; des quatrièmes, avec Velpeau, Chailly, Cazeaux, etc., les rangent parmi les résultats de la *brièveté du cordon*. Enfin, et c'est aujourd'hui l'opinion la plus généralement accréditée, Montgommery, Gurlt, etc., en accusent l'*action de brides accidentelles*. On a supposé, en dernier lieu, que les sillons profonds que l'on remarque quelquefois sur les membres pourraient bien être dus à la *rétraction de quelques fibres du derme*.

L'opinion de Haller n'a plus guère de partisans aujourd'hui : la présence de la partie détachée, la mutilation, considérée dans ses diverses périodes, ne permettent plus d'y ajouter la moindre foi. Celle de Richerand ne mérite pas plus de crédit, puisque dans aucun fait on n'a découvert de traces de vraie gangrène ; la portion détachée était toujours bien conservée. Le fait de brièveté du cordon n'a pas été mieux constaté, et semble ne devoir d'ailleurs être, dans la plupart des cas, que l'effet de l'entortillement. — L'hypothèse de la rétraction des fibres du derme n'est guère propre à rendre compte des empreintes profondes que l'on remarque à la surface de quelques fœtus; son amincissement, du reste, serait peu favorable à la propriété rétractile.

Dans notre conviction, et elle est basée sur les faits complets que possède la science, *les amputations spontanées sont toujours dues à une constriction, et cette constriction est opérée tantôt par des circulaires du cordon ombilical, tantôt par des brides accidentelles*. Les faits de Montgommery (3e et 4e), de Schwabe, de Taxil et de Monod, mettent hors de tout doute l'action du cordon ombilical. Il est à remarquer qu'en pareil cas, l'embryon périt à un âge peu avancé, et cela sans doute par suite de la compression des vaisseaux ombilicaux. Les 1er et 2e faits de Montgommery, celui de Zagorski, prouvent à l'évidence l'action des brides accidentelles (1).

A notre sens aussi, ces deux ordres de causes (circulaires du cordon ombilical, brides accidentelles) agiront d'autant plus efficacement que les eaux seront plus abondantes, le fœtus moins développé, mais plus turbulent, plus actif, les mouvements de la mère plus

(1) Chez un fœtus recueilli, il y a peu de temps, à la Maternité de Bruxelles, la joue de chaque côté, à partir de la commissure labiale, est comme coupée dans toute son épaisseur par une bride de cette espèce, qui remonte vers l'occiput. — Dans une excursion que je viens de faire en Hollande, j'ai découvert qu'il existe, à Leyde, dans l'intéressante collection du professeur Bruers, trois cas d'amputations spontanées, par brides, chez des fœtus de 4 à 5 mois. — Dans le bel ouvrage tératologique que publie le professeur Vrolig, d'Amsterdam, est figuré un fœtus présentant au cuir chevelu une bride accidentelle, pseudo-membraneuse. Geoffroy-St-Hilaire, père, a basé sur des faits analogues (*Phil. anat.*) sa théorie des monstruosités par lames ou brides accidentelles.

brusques, plus violents. — C'est vers l'âge de trois à cinq mois que cet accident se remarque surtout : alors aussi les os sont mous, les chairs molles et flasques ; le fœtus, peu développé par rapport à l'étendue de la cavité utérine, jouit déjà de mouvements actifs, est susceptible de froisser par son choc la membrane amniotique, d'engager ses membres dans le cordon, les brides, etc.

On se demande comment le cordon ombilical, si mou, ordinairement si flasque et si relâché, peut produire des effets aussi profonds sur les membres du fœtus, séparer les parties molles d'abord, les os ensuite, et pourvoir encore, jusqu'à un certain point, à la nutrition fœtale ? Cette action du cordon ne peut, selon nous, s'opérer qu'à la longue. C'est une espèce de compression atrophique, lente, mais incessante, qui produit nécessairement le défaut de développement, l'amincissement et enfin l'usure et la séparation des organes comprimés. On peut suivre ces diverses gradations dans les cas de Taxil, de Montgommery, Schwabe, etc. Le retard dans le développement des parties détachées ou près de l'être, relativement au développement régulier des autres parties, l'amincissemeut du derme, des muscles, des os eux-mêmes, les cas où l'on n'a plus rencontré qu'une couche mince de peau et d'os à séparer, démontrent parfaitement ce mode d'agir. — La cicatrisation suit ici de près la séparation complète, à cause du peu de surface suppurante que laisse derrière elle l'usure. Tel est, par exemple, le premier cas de Chaussier.

Que devient entre temps la circulation ombilicale ? Schwabe présume qu'il y a tout au moins gêne : ce qui le prouve, selon nous, c'est que, jusqu'à cette heure, on ne possède aucun fait de fœtus arrivé à terme au milieu de ces circonstances ; que la plupart des embryons, au contraire, dépassent à peine le terme de trois à quatre mois, au bout duquel ils s'éteignent comme par épuisement ; et enfin que, dans le fait de Schawbe et dans un autre observé par Henckel, où il y avait une circulaire du cordon autour du pied, on a trouvé une tumeur variqueuse considérable du côté placentaire du cordon. Si, dans certains cas, l'enfant arrive à une époque assez avancée, rien d'étonnant, puisqu'on a vu des nœuds même très-serrés du cordon, ou une compression assez vive de cet organe, permettre au fruit de recevoir les sucs nutritifs nécessaires.

Il est probable, du reste, que l'entortillement du cordon autour des membres se produit par un mécanisme analogue à celui qui y amène les nodosités. Peut-être aussi l'implantation du placenta au fond de l'utérus est-elle une cause prédisposante des amputations spontanées par le cordon, et cela par le fait de la

suspension plus directe du fruit et de la plus grande facilité du repliement en anse du cordon. Quoi qu'il en soit, le poids du corps fœtal resserre les tours circulaires et maintient leur action compressive, que viennent redoubler les mouvements actifs du fœtus Tout fait présumer que, dans les cas où l'on n'a pas rencontré de brides, c'est au cordon qu'il faut rapporter la mutilation. Tels sont les faits de Chaussier, ceux de Béclard, de Watkinson, le troisième de Montgommery, etc.

Examinons maintenant les modes de formation des *brides accidentelles*. Un voile épais couvre encore la génésie de ces productions anormales : toutefois les faits que possède la science nous la font présumer. On peut rapporter à trois classes les diverses variétés de brides : 1° les brides *amniotiques ;* 2° les brides *ovo-amniotiques ;* 3° les brides *fœtales*.

Selon toute probabilité, les *brides amniotiques* sont produites par une inflammation latente de l'amnios. Que cette phlegmasie soit amenée par une cause directe (coup ou chute sur le ventre, choc violent de l'ovule, etc.), ou par une cause indirecte (émotion vive, refroidissement, diathèse rhumatique, etc.), et le plus souvent par une cause tout à fait inconnue, les effets doivent être les mêmes. Comme toutes les séreuses à surfaces mobiles, cette membrane enflammée sécrète des exsudations amorphes qui ne tardent pas à s'organiser en pseudomembranes de plus en plus résistantes, filamenteuses, et qui bientôt, sous forme de ligaments, de *véritables brides*, s'étendent d'un point à l'autre de la surface amniotique. Ces brides peuvent être plus ou moins larges, simples ou multiples.

La seconde classe comprend les cordons ligamenteux qui s'étendent de la surface du fœtus à un point quelconque de la membrane de l'amnios, comme un véritable lien suspenseur : telle est, par exemple, la bride qu'a fait figurer le professeur Vrolig dans son *Atlas embryogénique*, où l'ovule est représenté suspendu par le synciput à l'amnios. Ces brides seraient dues, selon Gurlt, de Berlin, qui en a émis le premier l'idée, « à un prolongement de la membrane interne de l'œuf à laquelle l'ovule serait resté adhérent. « Cette opinion semble se confirmer par certains faits de monstruosités où l'on trouve des brides étendues du fœtus à l'amnios (Geoffroy-St-Hilaire, *Phil. anatom.*, II, 208 ; *Anomalies,* III, 373, Brux.). Ne serait-il pas possible que ces brides, dans certains cas, fussent amenées par une inflammation coïncidante de la surface du derme et de l'amnios, inflammation qui serait exsudative pour la séreuse, ulcérative pour le canevas cutané ? De là résulterait l'adhérence du chorion à la production

pseudomembraneuse. Il ne serait pas difficile de rencontrer dans la vie extra-utérine des phénomènes pathogéniques analogues.

Enfin, les *brides fœtales*, celles qui s'étendent d'un point à l'autre de la surface du fœtus, sont les plus problématiques. Si elles existent, ne pourrait-on pas les rapporter (nous n'émettons ce doute qu'avec la plus grande réserve) à un travail d'abord ulcératif, puis plastique, de deux points contigus du fœtus, qui, plus tard, s'écartent plus ou moins l'un de l'autre : le tronc, par exemple, d'avec l'un des membres? — Sous l'influence d'une cause traumatique, d'une diathèse ulcéreuse, etc., une inflammation exulcérante du derme s'étant établie, et le travail de réparation succédant, celui-ci amène l'adhésion celluleuse des surfaces opposées ; ces productions celluleuses, par suite des mouvements des parties malades, s'allongent, s'organisent en véritables brides, forment bientôt une corde de plus en plus longue et résistante. Ce qui se passe dans la vie extra-utérine, par exemple, après les brûlures, après diverses solutions de continuité du derme, la formation des brides, des *ponts* cutanés, qui en résulte, ne viendrait-il pas à l'appui de notre hypothèse, applicable, il est vrai, tout au plus à des cas exceptionnels extrêmement rares, et que l'observation n'a peut-être pas encore bien constatés jusqu'à ce jour, mais qui n'en présentent pas moins une grande probabilité d'existence.

Quoi qu'il en soit de la génésie et des variétés des brides, leur mode d'action doit être le même : c'est par striction qu'elles agissent, à part peut-être quelques cas où elles amèneraient une sorte d'usure par le simple frottement des parties contre elles. Par les mouvements divers, actifs ou communiqués, qu'éprouve presque incessamment le fœtus, ses membres s'engagent dans les brides, s'y enroulent, s'y étreignent, tordent ces brides en corde, les tiraillent, en font une véritable ligature coupante et compressive à la fois. Qu'on y joigne le propre poids du fœtus, et l'on concevra cette action compressive permanente, qui, bien que légère en elle-même, amènera à la longue des effets très-profonds, et qui, au premier abord, nous surprennent étrangement. Cette action, à cause de la *largeur moindre* et de la résistance plus grande de la ligature, sera bien plus rapide du reste, plus nette, plus complexe même (comme on le voit dans le fait de Zagorsky et dans le premier fait de Montgommery) que dans la simple striction produite par les tours circulaires du cordon ombilical. Ici d'ailleurs, comme pour le cordon (phénomène digne de remarque et sur lequel personne n'a plus insisté que

M. P. Dubois), les parties molles sous-cutanées sont déjà séparées et *quasi* coupées, que la peau reste encore intacte : celle-ci n'a subi qu'un léger amincissement ; elle ne tarde même pas à s'accoler directement aux os, que bientôt la ligature sillonne d'une empreinte profonde et coupe même quelquefois avant la peau, lorsqu'ils conservent leur consistance chondroïde, absolument comme une ligature étroite, jetée sur une artère, coupe les tuniques moyenne et interne, tandis que la celluleuse seule résiste. De là, sans doute, cette surface circonscrite de la cicatrice qui, en réalité, n'existe alors qu'au centre ; de là son aspect lisse, épidermoïde, parcheminé ; de là aussi la saillie conique du moignon, au milieu duquel, lorsque la peau a cédé avant les parties dures, les os présentent une surface garnie de granulations charnues, comme dans le fait de Dijon, par exemple.

Quant au peu de développement de l'extrémité séparée, il se conçoit facilement. La ligature comprime le trousseau vasculo-nerveux du membre ; l'atrophie doit s'ensuivre pour les parties situées au-dessous du lien. Ce n'est donc pas à un *arrêt*, mais à un *retard* atrophique de développement qu'il faut attribuer le volume et la longueur moindre du membre amputé, comparé à celui de l'autre côté.

Bruxelles, le 1er octobre 1845.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jahrbuecher der K. K. OEsterreichischen Staates.

(Analyse par le docteur Biver.)

Mois d'avril 1844.

18. *De la propriété de combinaison et d'exclusion du typhus abdominal ;* par le docteur Scheller, à Vienne.

L'auteur commence par définir ce qu'il entend par combinaison et par exclusion des maladies : pour lui, la combinaison consiste dans la faculté qu'ont certaines maladies de se compliquer avec d'autres, et l'exclusion réside dans la rareté et la difficulté des complications.

Le typhus se combine : 1° avec le catarrhe des voies de la respiration et de la digestion ; 2° avec l'inflammation hypostatique des poumons (Wagner et Rokitanski) ; 3° avec les hémorrhagies, telles que l'épistaxis, les crachats sanguinolents (Dielt) ; les hémorrhagies intestinales, les épanchements sanguinolents dans le péritoine, voire même

le scorbut (Sauer); 4° avec les accidents secondaires, tels que le laryngo-typhus, le broncho-typhus, le pharyngo-typhus, le pneumo-typhus, le colo-typhus, le cisto-typhus (Rokitanski), et celui de l'estomac, de la vésicule biliaire, des organes génitaux chez la femme; le typhus pleurétique, le typhus péritonéal, le typhus hépatique, celui de la rate, celui des parotides et autres, des organes parenchymateux; ensuite les phénomènes inflammatoires, les dégénérescences sans nombre; 5° avec l'œdème aigu des poumons, avec celui de la glotte; 6° avec les affections vermineuses; 7° avec la syphilis; 8° avec la scrofulose; 9° avec les éruptions cutanées; 10° avec le rhumatisme; 11° avec le délire des buveurs; 12° avec les maladies chroniques de la peau.

19. Suite et fin de l'article sur la *crampe des doigts des écrivains*, par le docteur Fritz, à Éylau. — Nous passons cet article sous silence, à cause de l'extrême rareté de cette affection, à laquelle on n'a qu'un seul remède à opposer : la cessation du maniement de la plume.

20. *Sur la division des blessures en lésions, absolutò, individualiter, per se, per inde lethales, dans les rapports judiciaires;* par François De Ney, administrateur à Gastein (cercle de Salzbourg).

Cet écrit trace des règles parfaites pour la rédaction des rapports judiciaires. Il serait à désirer que partout ces sortes de rapports fussent traités avec une lucidité aussi parfaite.

21. *Les sources minérales de Hongrie, et en particulier celles du comitat de Sehl*; par le docteur Daniel Wagneb.

22. *Sur la gale*; par le docteur Ferd. Hebra, à Vienne. (Suite.)

Etiologie. Le docteur Hebra passe à l'étiologie, et il fait cette demande : Qu'est-ce qui donne naissance à la gale? On peut donner à cette question les deux réponses suivantes : 1° la gale provient d'une cause interne qu'on ne peut démontrer; 2° ou bien elle est produite par contagion. Les raisons qui militent en faveur de la première opinion sont : *a*) l'extension générale de l'efflorescence psorique sur tout le corps; *b*) les altérations et les maladies qui surviennent en même temps dans toute l'économie; *c*) l'*habitus* particulier du galeux; *d*) la facilité avec laquelle les vesicules, détruites sur un point, se reproduisent sur un autre, ou occasionnent des métastases. Les causes militantes qui viennent à l'appui de la seconde opinion sont 5.500 galeux traités par le docteur Hebra à l'Hôpital-Général, et sur lesquels il n'a observé aucun des quatre épiphénomènes ci-dessus mentionnés; ensuite l'âge, la vigueur, la classe d'individus, le sexe masculin, l'indigence. Le docteur Hebra dit que beaucoup de médecins se sont trompés. (L'homme sait rarement voir, parce qu'il est plus aisé d'imaginer que d'observer.)

La gale est contagieuse; mais elle ne l'est que par la transplantation de l'insecte ou de ses ovules. L'auteur a expérimenté sur lui-même,

sur des hommes et sur des animaux : il avoue qu'il surgit une foule de questions difficiles, qu'il cherche à élucider; il se déclare même incompétent pour résoudre celle de la génération première du sarcopte. (*La suite prochainement.*)

23. *Gangrène des poumons épidémique, observée dans la prison provinciale de Gallicie à Lemberg*; par le docteur Godlfried Henri Mosing.

L'auteur, après avoir passé en revue les écrivains qui se sont occupés de la gangrène des poumons, comme Stoll, Frank, Vogel, Richter, Raimann, et qui, avec Boerhaave, considèrent cette maladie comme un résultat inflammatoire, après avoir fait observer que Laënnec distingue la gangrène des poumons en circonscrite et en non circonscrite, dit qu'il pense qu'ici l'inflammation a été plutôt le résultat que la cause de la gangrène. L'auteur ajoute avoir trouvé que la gangrène avait été la suite de l'inflammation : il a suivi la méthode indiquée par Sydenham et par Burserius. Il a observé en juin, juillet et août 1842, dans la maison de détention susdite, 68 cas de gangrène pulmonaire, sur une population de 1,100 à 1,500 individus : dans ces 68 cas, on compte 42 hommes et 26 femmes ; 9 hommes et 5 femmes ont succombé; 54 ont été guéris.

Mosing déclare n'avoir jamais pu se familiariser avec l'usage du sthétoscope, à cause d'une surdité assez forte.

Il se borne à donner les relations des 14 individus qui ont succombé. Chaque observation est suivie de l'autopsie.

Premier cas (un homme de 40 ans). Chez cet homme, la maladie s'est déclarée à la suite d'un catarrhe pulmonaire.

Autopsie. Point d'épanchement, point de tubercules, point d'hépatisation, point d'adhérences; les poumons, distendus, étaient noirs à la surface, ou marbrés jaune et noir : leur substance était de la consistance d'une pâte non crépitante sous la compression ; la section laissait écouler un ichor sale, d'un brun foncé ; le tissu pulmonaire était friable, presque réduit en bouillie; le cœur était flasque, presque vide de sang; l'abdomen ne présentait rien d'anormal.

Deuxième cas. Une femme de 18 ans, d'une forte constitution, présentait des symptômes gastriques, de l'enrouement, une respiration accélérée sans toux, une douleur pongitive dans l'hypochondre droit, etc.

Autopsie. Les deux poumons étaient adhérents en arrière à la plèvre : les altérations énumérées au premier cas n'existaient qu'à la partie postérieure vers les adhérences; la partie antérieure était saine, le reste du corps sans anomalie. (*La suite prochainement.*)

II.

Histoire abrégée de l'Université de Vienne en général, et de la Faculté

de médecine en particulier; par le professeur Rosas. — Continuation depuis le 25 février 1617 jusqu'en 1618.

Histoire et organisation des Établissements sanitaires et de charité de Prague; par le docteur Nowak. (Suite.)

Exposé des Établissements sanitaires de l'archiduché d'Autriche sur l'Ens, et du duché de Salzbourg. (La suite incessamment.)

Rapport clinique sur les malades traités pendant l'année scholaire 1841-1842 ; par le professeur Schuh.

Rapport sur la section des pensionnaires dans la Maternité de l'Hôpital-Général de Vienne ; par Mikschik.

Rapport scientifique sur la clinique chirurgicale de Prague, dans les années 1840-1841 ; par le professeur Engel. (Suite.)

Continuation de la description physique et médicale du duché de Salzbourg ; par Ozlberger.

III.

LITTÉRATURE.

Manuel médical ; par le docteur Mitscherlich (de Berlin).

Analyse du Traité du docteur Wattmann, sur la pénétration de l'air dans les veines ; par Lorinser.

Analyse du Livre des mères, ou anthropologie physiologique de l'enfance, du docteur Biver ; par le professeur Czermack (de Vienne). (Voir plus loin.)

Analyse de la pathologie générale et thérapeutique de Hager ; par Nader.

Extraits des journaux lombardo-vénitiens et de ceux de la Norwège.

IV.

MÉLANGES.

Ordre des études médicales et des examens requis pour obtenir le doctorat en médecine en Bavière ; *droits attachés au doctorat* ; par Nader.

Tableau des vaccinations opérées dans les États héréditaires de la maison d'Autriche.

Ce tableau indique, par province, les localités, le total des vaccinations, le nombre de ceux qui ont donné de bon vaccin, celui de ceux qui en ont donné de faux, comme de ceux chez lesquels le résultat a été nul ; il donne le relevé de ceux qui n'ont pas été revus, et des non vaccinés; on y trouve l'énumération des vaccinés pris de la variole et des non vaccinés atteints de cette même affection, celle des vaccinés morts de cette maladie; il mentionne les frais par province, calculés en moyenne par tête, plus les noms des vaccinateurs qui ont obtenu des primes, et le montant de ces primes.

Etat curieux des Établissements d'instruction médicale dans les États-Unis, avec le nombre des professeurs y attachés et celui des élèves.

D'après cet état, il y a aux Etats-Unis 25 Écoles de médecine desservies par 155 professeurs, et fréquentées par 2,588 étudiants.

BIBLIOGRAPHIE.

LE LIVRE DES MÈRES, ANTHROPOLOGIE PHYSIOLOGIQUE DE L'ENFANCE. — I. DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A LA SECONDE DENTITION; par le docteur A. BIVER, D.M.P.; 1 vol. in-18. Bruxelles, 1844.—Chez N.-J. Gregoir, Fossé-aux-Loups, 66.

(Analyse par M. CZERMACK, professeur à l'Université de Vienne.)

Dans un temps où la médecine, comme science basée sur l'expérience, est entravée dans ses progrès par des méthodes curatives spéciales, préconisées soit par des laïques, soit par des esprits fanatisés; à une époque où le charlatanisme s'est érigé en école, où les fausses doctrines sont de plus en plus répandues dans un public crédule; aujourd'hui que l'imagination de plus d'un médecin s'est créé des théories vides de sens, le même esprit de travers a dû étendre des systèmes non éprouvés et des utopies du même genre au traitement, aux soins et à l'éducation des nouveau-nés, qui, à peine sortis du sommeil embryonique, viennent de saluer le monde en leur qualité de nouveaux citoyens.

Si beaucoup de médecins ont surchargé le caractère de l'homme considéré comme mammifère en histoire naturelle, s'ils ont forcé ses proportions anatomiques et physiologiques, et surtout son instinct animal; s'ils ont bâti là-dessus une nouvelle théorie pour l'éducation physique; s'ils ont imaginé des innovations fantastiques qui ont plu aux mères inexpérimentées, comme tout ce qui est nouveau, il est consolant de voir, au contraire, surgir des hommes qui, sans perdre de vue l'éducation usitée chez nos devanciers, n'ont que peu dévié des règles sous l'empire desquelles ils avaient été formés eux-mêmes au physique et au moral. C'est ainsi que parurent, comme un beau cadeau pour les mères de la populeuse capitale de l'Autriche, les ouvrages raisonnables de Goetz et de Hussian, auprès desquels le *Livre des mères*, que nous avons sous les yeux, occupe dignement sa place. L'auteur vient de remettre entre les mains des mères, surtout de celles qui habitent les pays où domine la langue française, un livre basé sur une longue observation; livre qui traite de l'éducation physique, et en partie de l'éducation morale de la première enfance, avec une sagacité et une pénétration toutes particulières, avec un empirisme rationnel, et sans

se laisser entraîner par les idées qui appartiennent à une imagination des plus vives.

Le docteur Biver est au courant de la littérature allemande sur ce sujet. Il semble même donner la préférence aux auteurs de l'Allemagne sur ceux de son pays et de l'Angleterre. La nature double de l'homme, comme animal et comme être spirituel, n'a pas échappé à l'auteur ; il décrit, dans un style fleuri, les événements physiologiques des nouveau-nés jusqu'à la seconde dentition ; il les rend avec une fidélité telle qu'on doit le regarder comme un excellent observateur de l'enfance.

Le docteur Biver donne d'excellents préceptes aux mères et aux gardiennes auxquelles on confie ces petits êtres ; il leur offre un guide parfait pour l'éducation tant physique que morale.

Sommaires par chapitre.

1. *La femme.* — L'auteur décrit la femme devenue nubile et à l'état de mariage jusqu'à la grossesse; il indique les règles à suivre pendant la gestation.

2. *Accouchement.*

3. *Toilette.* — L'auteur s'élève avec énergie et avec raison contre la prétention d'endurcir les nouveau-nés en les lavant avec de l'eau froide, en les roulant dans la neige, comme cela se pratique dans plusieurs pays, surtout dans le Nord.

4. *Allaitement.*— Ici l'auteur pense que si les mamelons ne se sont pas suffisamment développés pendant la grossesse, il est nécessaire de les former par la succion : il recommande surtout aux mères d'être nourrices; il donne les préceptes à suivre sous le rapport physiologique et psychologique.

5. *Alimentation.* — Sous ce titre, l'auteur entend toute nourriture autre que celle prise au sein ; il regarde le lait d'ânesse comme le meilleur : vient ensuite celui de la jument, puis celui de la chèvre ; il dit que le lait de vache a besoin d'être étendu d'eau pour le rapprocher davantage de celui de la femme sous le rapport de la consistance ; il conseille d'y ajouter un peu de sucre. Les moyens qu'il propose pour l'allaitement artificiel sont : le biberon, une tasse, une cuillère, etc. Si l'enfant ne prospère pas avec cette nourriture, alors l'auteur veut qu'on donne de l'eau d'orge, qu'on préfère à toute autre boisson à la Maternité de Paris, où on en a obtenu les plus grands avantages. Dès que l'alimentation proprement dite commence, il recommande l'arowroot, le sagou, le tapioca, etc., avec du lait pur ou coupé ; ensuite des panades, même des compotes. Il veut que l'on varie souvent la nourriture, afin de voir laquelle profite le mieux à l'enfant.

6. *Hygiène.*— L'auteur parle de la liberté du mouvement, qu'il faut laisser à l'enfant lorsqu'il est éveillé ; il préfère le maillot dans

lequel on peut avec facilité manier l'enfant sans l'exposer au moindre danger, et dans lequel il s'endort plus tôt. — Ce chapitre fait en outre mention de la sécrétion qui s'opère à la tête et à la surface du corps; il recommande de nettoyer la tête avec une brosse douce : il rend surtout attentif à la croûte laiteuse. Il donne des détails très-circonstanciés sur l'habillement, sur la propreté, sur les lotions journalières, etc.

7. *Première dentition.* — L'auteur expose d'abord la partie physiologique ; il passe ensuite aux préjugés, aux talismans : il proscrit surtout les objets durs, compacts, qu'on donne aux enfants pour qu'ils mordent dessus; il fait observer que, par ce moyen, on racornit les gencives, et que, par conséquent, on rend la sortie des dents plus difficile : il signale cette période comme moment du sevrage.

8. *Sevrage.* — Ce chapitre contient les notions ordinaires : les bouillons, les fruits, les pommes de terre, les farineux, etc. Il dit que, dans les pays où on a conservé l'ancienne méthode, comme en Autriche, en Bavière, dans le Wurtemberg, et où l'on nourrit les enfants avec des farineux, on remarque une jeunesse florissante. L'auteur décrit les modifications que le changement de nourriture occasionne dans la constitution.

9. *Développement physique.* — Le docteur Biver signale surtout la locomotion comme une conséquence de la croissance : il rend attentif à l'habitude de mal porter les enfants; de là les poses disgracieuses des pieds et des jambes, et c'est avec raison qu'il proscrit tous les appareils destinés à apprendre à marcher aux enfants, attendu que l'enfant doit apprendre à connaître les lois de l'équilibre par l'usage. Les poses que doit prendre l'enfant sont basées sur des principes physiologiques que l'auteur expose avec la plus grande lucidité.

10. *Instinct.* — Le docteur Biver n'admet pas l'existence de l'instinct chez l'homme; il donne les circonstances et le développement des sens extérieurs : il parle de la cranioscopie, et de quelques idées de J.-J. Rousseau, qu'il ne peut admettre.

11. *Intelligence.* — Elle commence à se manifester surtout après la première dentition. L'auteur a des idées tout à fait à lui sur les facultés mentales.

12. *Caractère.*— L'auteur depeint parfaitement le caractère général des enfants selon les lois naturelles ; il désigne l'époque de la dentition comme étant celle où l'enfant commence à marcher, à courir, et à imiter des sons articulés; puis il décrit les changements qui s'opèrent dans le corps et les différences qui se manifestent entre les enfants des deux sexes, jusqu'à l'âge de sept à huit ans.

13. *Seconde dentition.* — C'est l'époque de l'éducation intellectuelle. L'auteur fixe la deuxième dentition à sept ou huit ans; elle

se termine de la neuvième à la douzième : il devient urgent de séparer les deux sexes. Les changements qui surviennent dans les traits et dans l'habitude du corps sont décrits avec une remarquable fidélité.

14. *Considérations générales.* — Ici sont expliqués les phénomènes qui se manifestent à la seconde dentition. L'auteur commence par l'éducation physique ; il fait l'éloge des institutions orthopédiques. L'éducation se divise en morale, intellectuelle et industrielle, c'est-à-dire celle qui doit être en harmonie avec l'état futur de l'enfant. Il veut surtout que l'instruction religieuse ne soit pas négligée.

15. *Éducation physique.* — L'auteur revient encore sur l'alimentation qui convient à cet âge : il préfère une nourriture végétale. Il énumère les dangers physiques auxquels l'enfant est exposé par l'activité et la vivacité de son caractère ; il passe au développement ultérieur des sens. Il recommande les bains d'eau de rivière et les lotions froides. Il demande des vêtements commodes ; il veut du mouvement, du sommeil, qui doit correspondre aux efforts physiques et intellectuels, et il signale les moments et le temps les plus favorables à l'instruction. Le docteur Biver expose ensuite les règles diététiques pour la conservation de la vue et pour la fortifier ; il mentionne également les soins que réclament les extrémités inférieures. Il revient itérativement sur la propreté, les lotions froides, sur le danger des bains chauds, des gilets et camisoles de flanelle. C'est avec raison qu'il blâme les lits trop étroits et trop courts en usage en Allemagne ; ces couchettes ne se prêtent pas à tous les changements de position pendant le sommeil.

Les trois chapitres qui suivent (17, 18 et 19) embrassent les points principaux de l'éducation intellectuelle : le choix des livres, l'avantage de l'instruction privée, la nécessité de donner aux enfants une idée de Dieu, de la nature, et des règnes en particulier.

—

Nous reproduisons avec infiniment de satisfaction l'analyse du *Livre des mères* que vient de faire, dans la *Wochenschrift,* M. le professeur Czermack, de Vienne.

Comme nos lecteurs le verront, notre confrère, M. le docteur Biver, a rencontré en Allemagne de justes appréciateurs de son ouvrage.

Puisse-t-il, dans cet éloge aussi juste que mérité, trouver la seule récompense qu'ambitionnent les hommes studieux ; puisse-t-il aussi, par l'accueil que son ouvrage a reçu généralement, être conduit à nous donner la suite d'un travail dont il n'a livré au public que la première partie !

Dr D.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, COMPRENANT L'HISTOIRE DES MALADIES QUI PEUVENT SE MANIFESTER PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL, ET L'INDICATION DES SOINS A DONNER A L'ENFANT NOUVEAU-NÉ; par P. Cazeaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — Édition belge; 1 vol. in-8° avec atlas. — Bruxelles, 1845, chez J.-B. Tircher, rue de l'Étuve, 20.

Lorsque ce livre parut pour la première fois, les théories introduites dans l'art des accouchements par M. Nægelé, Stoltz et Dubois, étaient déjà très-répandues. Mais, soit qu'elles fussent trop contraires aux principes de Baudelocque, soit qu'elles n'eussent été nettement exposées que dans les écoles où elles avaient pris naissance, il y avait, hors des limites de l'enseignement de ces professeurs célèbres, un assez grand nombre de dissidents qui attendaient, pour se rallier, de nouveaux éclaircissements et de nouvelles preuves. Une lacune restait à remplir : il fallait un livre qui exposât d'une manière à la fois précise et complète les prétentions de l'école nouvelle. La tâche était délicate : M. Cazeaux s'en acquitta avec bonheur, et le succès justifia son entreprise.

Il serait inutile, à propos de cette nouvelle édition, de discuter des doctrines dont la valeur est depuis longtemps reconnue. Nous avons seulement à examiner les modifications que l'auteur a fait subir à son œuvre. M. Cazeaux, voué sans relâche à l'enseignement, ne pouvait, sans renier son passé, sans compromettre son avenir, rester au-dessous de ses premiers travaux. C'était peu de s'enquérir de toutes les recherches tocologiques qui ont vu le jour dans ces dernières années; c'était peu d'améliorer encore en beaucoup de points la forme de son livre, des additions nombreuses ont été faites dans chaque partie, des chapitres entiers ont été ajoutés, et l'auteur n'a pas hésité à sacrifier ses propres opinions toutes les fois qu'une expérience plus mûre est venue les détruire.

Après cet aperçu général, il nous faut justifier, par un examen succinct, ce qui vient d'être avancé sur le mérite de cette nouvelle édition. La distribution des matières, qui avait été signalée comme très-heureuse, a été conservée. Cinq parties composent le livre, et comprennent successivement l'histoire anatomique et physiologique de la génération, celle de l'accouchement naturel, de ses complications, et enfin l'étude de la délivrance.

L'histoire de la génération a toujours excité à un haut degré l'attention des physiologistes. Partout, en Allemagne, en France, en Angleterre, des recherches intéressantes ont été publiées sur ce sujet. Aidé des conseils d'un professeur distingué, que ses travaux viennent d'appeler au Collège de France, M. Cazeaux a résumé avec une grande lucidité l'état de nos connaissances sur l'évolution de l'embryon.

On rencontre le même talent d'exposition dans l'étude de la gestation et dans l'appréciation des changements que présente pendant la grossesse la texture de l'utérus. Parmi ces changements, ceux dont le col est le siége ont une grande importance pour le diagnostic. M. Stoltz avait consacré à cette question une partie de sa thèse inaugurale, et il était arrivé à cette conclusion, que le col conserve toute sa longueur jusqu'à la dernière quinzaine, et qu'il ne se raccourcit pas de haut en bas avant cette époque. Cette opinion rencontra beaucoup d'incrédules. Malgré le respect qu'il a pour l'autorité du professeur de Strasbourg, M. Cazeaux, lors de sa première édition, ne voyait dans cette assertion qu'une hypothèse. Aujourd'hui, son expérience personnelle lui a fait adopter sans restriction ce qu'il avait d'abord regardé comme trop absolu.

Parmi les autres points qui se rattachent au diagnostic de la gestation, M. Cazeaux a consacré une attention spéciale à l'étude des signes fournis par l'urine, et auxquels MM. Nauche, Eguisier, Kant, Gold. Bird et Starck attachent une grande valeur. A l'exemple de ces auteurs, M. Cazeaux nous semble avoir fait une trop large part à cette modification de la sécrétion urinaire, et n'avoir pas justifié sa manière de voir par une critique assez rigoureuse. Nous aimons mieux approuver sans réserve les conseils qu'il donne sur le toucher et les développements qu'a reçus l'examen des phénomènes qui caractérisent la grossesse. Au milieu de détails très-précieux et très-instructifs, nous devons encore mentionner une bonne appréciation des observations de M. Martin (de Lyon) sur les déplacements de l'utérus, et de celles de Churchill sur les phénomènes de l'accouchement.

Mais l'étude de la succession des divers phénomènes de la gestation et de l'accouchement ne constitue pas la partie la plus considérable du livre que nous analysons. Celle qui a reçu les améliorations les plus grandes est celle qui renferme les causes de dystocie et les opérations dont celles-ci présentent l'indication. Là gît, en effet, toute la difficulté de l'art de l'accoucheur, et nous ne sommes point étonné que M. Cazeaux y ait apporté la plus scrupuleuse attention.

Les vices de conformation du bassin constituent la cause la plus fréquente de dystocie; l'auteur a eu raison d'insister sur le meilleur procédé à suivre pour arriver à leur détermination. Parmi tous les moyens imaginés dans ce but, et dont il aurait été fastidieux de dresser l'inventaire, il donne la préférence à celui recommandé récemment par M. le professeur Vanhuevel, de Bruxelles.

Après les déformations pelviennes, les diverses tumeurs qui peuvent avoir leur siége dans l'excavation sont les causes de dystocie qui se rencontrent le plus souvent, et on peut dire, sans crainte d'exagération, qu'elles constituent un des points les plus obscurs de la pathologie

obstétricale. Ces altérations, qui sont pour l'homme de l'art l'occasion de tant de mécomptes, ont été étudiées avec un soin et une patience extrêmes par Puchet fils, de Heidelberg. M. Cazeaux a mis à contribution la monographie remarquable du médecin allemand, pour éclairer cette grave question et pour indiquer la conduite à suivre en pareille occurrence.

Parmi les obstacles qui appartiennent au fœtus, les présentations vicieuses sont les plus ordinaires. On a longtemps rangé parmi elles celles de la face. M. Cazeaux ne doute pas que l'accouchement ne puisse se terminer spontanément dans la plupart de ces cas; mais, suivant lui, les positions mento-postérieures ne doivent pas être abandonnées à la nature. A l'exemple de Baudelocque, il veut que, dans cette circonstance, on refoule le menton de manière à convertir la présentation de la face en une présentation du sommet. Malgré la persistance de M. Cazeaux, malgré le grand nom du maître sur l'autorité duquel il s'appuie, nous croyons, en thèse générale, que cette manœuvre doit être rejetée, parce qu'elle est très-difficile, pour ne pas dire impossible, et qu'il est plus sage et plus facile d'attendre, sauf à recourir au forceps si l'intervention de l'art devient indispensable.

L'examen des indications que réclament les diverses causes de dystocie conduit naturellement à l'histoire des opérations obstétricales. Dans l'ordre d'utilité et de fréquence, la version occupe le premier rang. Autrefois on ne connaissait que la version céphalique; mais depuis A. Paré et Guillemeau, la version par les pieds lui a été substituée, et trop exclusivement, il faut le dire. Sans vouloir attribuer à la version céphalique toute l'importance que lui donnaient Flamant et Osiander, il est permis de croire, avec MM. Stolz et Velpeau, qu'elle peut rendre d'utiles services. M. Cazeaux y a insisté de nouveau, et lui assigné, suivant nous, le rang qu'elle doit conserver.

L'accouchement prématuré artificiel est une transition heureuse entre le forceps ou la version et des opérations plus graves. Après un historique très-complet, qui accorde à chacun la part qui lui revient dans cette grande découverte, M. Cazeaux décrit d'une manière précise les cas où il doit être mis en usage et les procédés opératoires que l'expérience a sanctionnés. Malheureusement le champ de cette salutaire pratique est limité, et trop souvent encore il faut recourir aux opérations sanglantes. Sur ce terrain, les accoucheurs ne sont pas d'accord. Suivant les uns, l'embryotomie ne doit être pratiquée que lorsqu'on s'est positivement assuré de la mort de l'enfant; suivant d'autres, on peut les sacrifier sans scrupule si le salut de la mère l'exige. M. Cazeaux n'hésite pas à se ranger à la seconde de ces deux doctrines, et c'est ce qui explique la préférence qu'il donne à la cépha-

lotomie sur la section césarienne et la symphyséotomie. Il rejette même complètement la dernière de ces opérations, et s'appuie, pour justifier cette proscription, sur des relevés numériques. Mais la statistique, à notre avis, présente l'inconvénient très-grave de ne tenir aucun compte des circonstances et de n'établir aucune différence entre les diverses époques où une opération a été pratiquée. Est-ce que, par exemple, la symphyséotomie d'A. Leroy et de Sigault ressemble à l'opération sous-cutanée de M. Imbert, de Lyon ? Et celle-ci n'est-elle pas tout à fait distincte de la pubiotomie sous-cutanée de M. Stoltz? On se tromperait étrangement si on ne voyait dans ces progrès de la science que de simples modifications du procédé opératoire ; ce sont des méthodes qui changent tout à fait les conditions de l'opération.

Cette analyse rapide du livre de M. Cazeaux nous a fait oublier son style quelquefois élégant, toujours digne. L'érudition y est sobre et de bon aloi ; chaque partie contient une appréciation judicieuse des travaux contemporains.

En réimprimant l'ouvrage de M Cazeaux, M. Tircher a eu l'heureuse idée de le compléter par des notes importantes qu'il doit à l'obligeance de MM. les docteurs Vanhuevel et Simonart, de Bruxelles, et Hubert, de Louvain: les découvertes et les perfectionnements en obstétricie, auxquels M. Vanhuevel a attaché son nom, figurent dans cette édition. C'est ainsi qu'à côté de son pelvimètre géométrique modifié, de son forceps-scie, et d'une excellente dissertation sur le pelvimètre, se font remarquer les intéressants travaux de M. Hubert sur la chute du cordon et sa brièveté, et les recherches de M. Simonart sur les amputations spontanées, etc. Plus de 200 figures ont été ajoutées à l'édition de Paris.

Après avoir fait la part de ce qui revient aux auteurs de ce traité, nous avons une dette à acquitter envers l'éditeur.

L'exécution matérielle de l'ouvrage ne laisse rien à désirer. Autrefois les œuvres de science et de littérature semblaient seules dignes de l'attention de l'artiste. De nos jours, une révolution heureuse s'est opérée sous ce rapport dans la presse médicale, et cette édition belge en est un exemple frappant. Le luxe de la typographie et l'exactitude des nombreuses figures qui ont été ajoutées au texte font ressortir à merveille les démonstrations de l'auteur.

M. Tircher n'a reculé devant aucun sacrifice pour nous doter d'un excellent ouvrage : c'est aux médecins à le récompenser de ses efforts.

TRAITÉ DE L'ART DE FORMULER, OU NOTIONS DE PHARMACOLOGIE APPLIQUÉES A LA MÉDECINE ; par le docteur MIALHE : 1 volume in-18. — Chez N.-J. Grégoir, Fossé-aux-Loups, 66, à Bruxelles.

Le titre que M. Mialhe a donné à son ouvrage n'est pas, à proprement parler, celui qu'il méritait. Le lecteur qui s'attendra à y trouver l'ensemble des préceptes sur l'art d'établir les formules, s'apercevra bientôt que l'auteur ne s'est occupé que d'une partie de ce vaste sujet ; il n'y rencontrera que l'histoire de quelques ordres de médicaments. Mais tel est l'intérêt qui s'attache à la lecture de l'ouvrage de M. Mialhe, que c'est seulement après en avoir achevé la lecture qu'on s'avisera de lui reprocher de ne tenir qu'une partie de ce que son titre avait fait espérer. Le livre dont nous rendons compte est un résumé des divers travaux que M. Mialhe a publiés depuis quelques années sur la thérapeutique et la pharmacologie. Son but principal a été de rechercher, pour un certain nombre de médicaments, pris parmi les plus héroïques, ce qu'ils deviennent une fois qu'ils sont parvenus dans l'économie, quels changements chimiques ils peuvent y subir, et, par suite, quelle est leur valeur relative. C'était un sujet à peine ébauché jusqu'ici, qu'il s'est approprié, on peut le dire, et sur lequel il a jeté une vive lumière, en faisant intervenir l'action propre des liquides contenus dans nos organes. C'est à peine si dans quelques cas rares et bien tranchés on s'était occupé de ceux-ci. M. Mialhe a montré quelle est leur influence sur l'action des médicaments ; comment les chlorures alcalins, les acides ou les alcalis qu'ils contiennent, viennent modifier la constitution du médicament ingéré et ramener souvent à un mode unique une médication qui avait pour base des composés chimiques très-différents. Ne pouvant accorder une grande étendue à cet article, résumons les données théoriques et expérimentales qui servent de base à tout l'ouvrage.

Un médicament interne, pour avoir sur l'organisme une action réelle, doit être soluble ou susceptible de le devenir, soit par l'addition de quelque autre substance médicamenteuse, soit par les humeurs qu'il rencontre dans nos organes. Les acides contenus dans l'estomac, les alcalis sécrétés par les membranes muqueuses intestinales, sont surtout propres à remplir cet effet. De là résulte cette première conséquence, que l'effet d'une substance insoluble sera mis en jeu dans l'une ou l'autre partie du canal alimentaire, suivant qu'elle pourra se dissoudre dans les acides ou dans les alcalis. Il arrive pour un certain nombre de corps, et en particulier pour les métaux un peu électro-négatifs et leurs composés, que la conversion en un corps soluble provient tout entière de l'influence des chlorures acalins ; quelquefois de leur influence soutenue par l'action oxydante de l'air. Le corps soluble une fois formé, l'absorption a lieu ; il est porté dans la circulation. A ce moment, des phé-

nomènes nouveaux apparaissent, qui peuvent être prévus si l'on connaît l'action de la matière absorbée sur le principe albumineux du sang. Si elle est sans action sur eux, la matière continue à circuler librement et va porter au loin ses effets salutaires ou malfaisants ; la matière introduite est-elle susceptible de coaguler le sang, son premier effet est de produire un composé insoluble dont la marche est difficile, mais qui finit ordinairement par être dissous à la faveur des alcalis des chlorures contenus dans le sang. C'est ainsi que le sublimé corrosif forme d'abord un composé insoluble avec l'albumine, composé qui se redissout et qui est porté peu à peu dans tous les organes à l'aide du chlorure alcalin que le sang contient. Il est enfin des corps qui diminuent la plasticité du sang par la propriété qu'ils possèdent de ramollir ou même de fluidifier sa partie albumineuse : tels sont les sels alcalins formés par des acides végétaux qui n'agissent pas d'une manière immédiate, et dont l'effet ne se produit que lorsque l'acide organique qui les constitue a été brûlé par le sang et que la base s'est changée en carbonate de potasse. Ces différences d'action sur la partie albumineuse du sang ont une influence des plus remarquables sur la rapidité des effets produits. La matière est-elle toxique et passe-t-elle directement dans la circulation, elle cause presque immédiatement la mort ; tandis qu'une substance tout aussi vénéneuse ne réagit qu'après un temps plus long, si l'albumine, la convertissant en un composé insoluble, produit un temps d'arrêt dans son transport. On explique ainsi comment l'acide oxalique et le cyanure de mercure, qui ne coagulent pas nos humeurs, sont plus promptement mortels que l'acide nitrique ou le sublimé corrosif qui les coagulent.

Partant de ces données générales, M. Mialhe examine successivement l'action des principaux médicaments chimiques, simples et composés ; et conformément au plan qu'il s'est proposé, il montre comment l'énergie de chacun d'eux peut être déterminée à priori, et comment les témoignages éclairés de la pratique médicale viennent toujours se concilier parfaitement avec la théorie. Les travaux de M. Mialhe sur les mercuriaux, les sels de plomb, de fer, etc., sont trop connus ; ils ont pénétré aujourd'hui trop profondément dans la science, pour que nous devions suivre l'auteur dans ces développements : le lecteur ira les chercher dans l'ouvrage même, qui est destiné à faire époque en thérapeutique. Pour la première fois peut-être, on voit des principes scientifiques rigoureux présider à l'administration des médicaments et suivre ceux-ci jusqu'à ce qu'ils aient épuisé leurs effets. Une allure toujours vive, une conviction qui se montre à chaque page, l'évidence même des conséquences tirées par M. Mialhe, donnent à la lecture de son livre un intérêt dont on ne peut se défendre ; et plus d'un praticien regrettera, après l'avoir lu, d'avoir rencontré aussi tard les lumières qui

en jaillissent et qui auraient pu avoir une influence si heureuse sur sa pratique. Les idées générales qui sont la base de l'ouvrage de M. Mialhe nous paraissent destinées à prendre une place importante dans la science. Quelquefois peut-être il s'est laissé aller trop facilement à des explications hasardées. Entraîné par ses convictions, ou par le besoin naturel de faire jour à des préceptes qu'il considère à juste raison comme utiles, M. Mialhe a poussé parfois un peu loin les conséquences, et n'a pas toujours pesé assez rigoureusement la valeur de certaines explications. C'est ainsi que nous ne saurions admettre comme bien sérieuse la théorie qu'il donne du mode d'action des médicaments antidiarrhéiques, non astringents, non plus que sa théorie des effets purgatifs comparés de la magnésie anglaise et de la magnésie ordinaire. Nous ne pouvons non plus nous tenir pour satisfait de l'explication des effets hyposténiques des sels de quinine et des préparations antimoniales. Mais ces quelques ombres étaient inévitables dans les circonstances où l'auteur s'est trouvé placé ; elles n'empêchent pas que l'ensemble de l'ouvrage ne soit aussi remarquable par sa nouveauté que par son importance et son utilité.

VARIÉTÉS.

PETITE EXCURSION MÉDICALE.

(Suite : *voir le n° de septembre* 1845, p. 75.)

ROSTAN.

Sorti du service de Roux, je suivis les élèves qui se rendaient à la clinique de Rostan. La méthode adoptée par ce professeur dans ses conférences cliniques est, sans contredit, la plus rationnelle, au moins au point de vue de l'instruction pratique. Chaque élève est chargé d'un ou de plusieurs malades, qu'il interroge et dont il dirige le traitement sous l'œil du maître. C'est, comme on le voit, une espèce de stage clinique, que j'ai toujours regretté de ne pas voir adopté dans les écoles, mais sur des bases plus larges et comme complément d'études; tandis que le cours de Rostan est plus particulièrement fréquenté par les élèves de seconde et de troisième année. Pour ceux-ci, cette méthode me semble insuffisante : il faut que la leçon clinique succède à la conférence; c'est là seulement, et non au lit du malade, que le médecin peut entrer dans des considérations générales, comparer et discuter en liberté les faits qui viennent d'être passés en revue, déduire des principes, faire de la science, en un mot.

Sous ce dernier rapport, la clinique de Rostan laisse beaucoup à désirer ; elle se borne, pour ainsi dire, à l'art du diagnostic. Fidèle à son ancienne devise, empruntée à la doctrine physiologique, *qu'il ne peut exister dans l'économie que des organes et des fonctions, et que le trouble de celles-ci doit nécessairement faire admettre une modification préalable dans l'organe dont elles dépendent*, son premier, je dirai presque son unique soin, c'est de

remonter à l'organe malade comme à la seule source des symptômes. Ce point une fois établi, le traitement est la chose du monde la plus simple : il ne s'agit que de le chercher dans les livres. Je suis loin, bien loin de contester la valeur de ce diagnostic, même au point de vue d'où l'envisage le professeur de l'Hôtel-Dieu ; mais il s'en faut beaucoup qu'il ait l'importance qu'il lui donne. Tout n'est pas dit quand on a découvert l'organe malade : la doctrine de la localisation perd du terrain tous les jours, et elle en perdra encore ; au contraire, celle des diathèses morbides, c'est-à-dire des modifications générales primitives produisant des désordres locaux, grandit de plus en plus : les faits se présentent en foule pour lui prêter leur appui, et c'est sur elle que semble reposer l'avenir de la pathologie. Eh bien, c'est en vain que, dans des cas de cette nature, vous remonterez à l'organe primitivement lésé ; en vain vous concentrerez sur lui tous vos moyens d'action, si vous ne modifiez d'abord l'état général qui a déterminé la lésion anatomique. Ainsi, pour prendre mon exemple dans l'affection dont je me suis occupé précédemment, si le développement d'un tubercule dans le voisinage de la plèvre donne naissance à un point pleurétique, vous pourrez peut-être calmer la douleur par des applications locales, vous pourrez modérer la toux qui fatigue le malade en lui procurant quelques heures d'un sommeil factice ; mais, en définitive, que gagnerez-vous à cela, si vous ne remédiez à la diathèse qui engendre le tubercule, comme le tubercule engendre la toux et la douleur? Et lorsqu'une lésion, primitivement locale, aura retenti sur le reste de l'économie, modifié sa manière d'être, changé la composition de ses humeurs et de ses solides, vous bornerez-vous à écarter la cause de ces désordres? — J'avoue que je ne m'attendais pas à devoir rappeler des choses si généralement admises, à propos d'un observateur aussi haut placé, et qui, un des premiers, combattit le solidisme exclusif de l'école de Broussais, en nous ramenant aux idées d'humorisme et d'affections générales.

LISFRANC.

Un de mes maîtres favoris, un de ceux que je suivais le plus assidument, et que je me loue le plus d'avoir suivi, était le chirurgien de la Pitié.— Le nom de Lisfranc rappelle une voix de stentor, des allures peu parlementaires, une polémique irritante et descendant trop souvent à la personnalité, j'en conviens; mais il faut convenir aussi qu'il avait assez de talent pour se faire pardonner ses défauts. Peu d'hommes en effet ont rendu autant de services à la chirurgie, et pour mieux juger de l'importance de ces services, il suffit de nous rappeler en quel état elle se trouvait quand il prit possession de la Pitié. A cette époque, l'art, je veux dire la partie manuelle de la chirurgie, qui de tout temps eut le pas sur la partie scientifique, — prépondérance que les progrès des études médicales rendent de moins en moins marquée; — l'art, dis-je, venait de prendre un nouvel essor et menaçait d'envahir tout le domaine chirurgical : l'opérateur avait détrôné le chirurgien; on honorait le tact à l'égal du talent ; on jugeait du mérite des opérations par le temps mis à les faire, et c'était la montre à la main qu'on y assistait. Il fallait tant de secondes pour abattre une cuisse, tant pour désarticuler une épaule, tant pour pratiquer la taille....., et le professeur, rendant compte de sa conduite, ne manquait jamais de se prévaloir de ce genre de mérite. C'est beaucoup sans doute que d'abréger la durée de la douleur; mais ce n'est pas tout. A l'époque dont je vous parle, deux chirurgiens également célèbres, professant dans des écoles différentes, opéraient par des procédés analogues : l'un terminait l'opération en une minute, et il perdait un opéré sur trois ; l'autre ne tenait pas compte du temps, et il perdait un opéré sur huit. Où est l'avantage ? Quant aux moyens doux, con-

servateurs, médicaux, en un mot, on abandonnait tout cela aux pékins de la profession. Il fallait du sang et toujours du sang ; une clinique sans opérations était chose fort fastidieuse, et pour l'élève qui la désertait, et pour le professeur qui voyait les bancs se dégarnir. Par bonheur, ces opérations faisaient rarement défaut, tant le baume d'acier était en crédit. Mais la statistique des salles de chirurgie tenait note des résultats : on les trouva effrayants; l'esprit public s'en émut, et la chose en vint au point que le conseil des hôpitaux de Paris fut obligé d'intervenir.... Il est pénible de rappeler de pareils faits.... qu'ils nous servent au moins de leçon ! Lisfranc seul résistait à cet engouement général ; mais la force du courant l'entraînait lui-même : sans y prendre garde, il payait son tribut à cette tendance déplorable contre laquelle il protestait; et tandis qu'il rappelait à grands cris les chirurgiens à l'étude de la pathologie, tandis qu'il leur faisait voir quel secours la chirurgie peut emprunter à la médecine, soit pour éviter les mutilations, soit pour en assurer le succès quand elles sont devenues inévitables, il avait lui-même à répondre au reproche d'avoir outre-passé ses pouvoirs.

Enfin, un des hommes qui avaient le plus contribué au développement de l'art mourut, et la voix de Lisfranc, longtemps dominée par celle de ce grand chirurgien, fut mieux entendue et acquit plus d'autorité ; la réforme à laquelle il travaillait depuis vingt ans avec tant d'ardeur marcha plus rapidement, et c'est à lui surtout que nous devons cette fusion plus complète de l'art et de la science, à laquelle l'humanité ne perdit rien : les registres des hôpitaux en font foi.

Mais si Lisfranc a tant réclamé contre l'abus de l'instrument tranchant, il n'en a pas moins contribué aux progrès de la médecine opératoire ; et sans parler ici des procédés imaginés ou perfectionnés par lui, c'est encore à lui, si je ne me trompe, que revient l'honneur d'avoir substitué, dans ses descriptions, les formules précises et mathématiques aux indications approximatives en usage dans les cours et les traités de chirurgie.

Quoi qu'on ait dit de sa manière de professer, que je ne veux pas d'ailleurs proposer comme modèle à suivre, elle avait cette chaleur et cet entrain qui persuadent; et la forme originale, et parfois même un peu triviale, sous laquelle il présentait ses idées, les imprimait pour longtemps dans l'esprit. Je me rappellerai toujours avec quelle supériorité il traitait certaines questions qu'il semblait avoir prises en affection, soit parce qu'il en avait fait l'objet d'études spéciales, soit que, s'y trouvant, comme il le disait, aux prises avec l'ennemi dont il combattait les vues, il se sentît mieux inspiré. De ce nombre étaient celles du phlegmon, des tumeurs blanches, des affections du rectum, de l'appareil génital chez la femme... Il n'y avait pas d'ailleurs jusqu'à l'emploi des cataplasmes qui ne lui donnât occasion de dire des choses fort importantes.

Non-seulement Lisfranc recommandait l'étude de la médecine aux chirurgiens, mais il avait lui-même pris position dans la lutte engagée entre les médecins au sujet de la doctrine physiologique. Disciple de cette école défaillante, il lui resta toujours dévoué, et il n'a pas encore entièrement renié son culte à l'heure qu'il est : la simplicité si séduisante de ses principes, l'enchaînement si logique de ses déductions, s'alliaient parfaitement à sa manière d'envisager et de présenter les faits. D'ailleurs, avant d'abandonner une méthode à laquelle on se croit redevable de succès, on tient un peu à savoir par quoi la remplacer, et rien, à cette époque, n'avait encore été fait de ce côté. Il s'est convaincu depuis, comme tout homme sans prévention, que tout ne se résume pas dans le mot *irritation*, et les comptes-rendus de sa clinique me font présumer qu'il n'a pas sujet de s'en repentir. Il faut convenir toutefois que, malgré la faiblesse des ressources dont disposait l'école physiologique,

il les maniait avec une hardiesse et une méthode que les résultats justifièrent souvent.

Pour ce qui concerne l'appareil amidonné, il fut du nombre de ceux qui se hâtèrent trop dans leur jugement, et qui, pour ne l'avoir pas assez mûrement examiné, n'en comprirent pas les avantages. — Il devrait bien maintenant être revenu de sa prévention : cependant l'article *Fractures* de sa Clinique de l'hôpital de la Pitié vous prouvera qu'elle n'est pas le moins du monde ébranlée. Cela pourrait étonner de la part d'un chirurgien si judicieux, si l'on ne se rappelait qu'il y a de l'homme partout.

J'eus le malheur de ne pas le rencontrer lorsque je me présentai à son hôpital : néanmoins je n'ai pas cru pouvoir me dispenser de lui rendre ce faible hommage en passant.

LA SALPÊTRIÈRE. — TRÉLAT. — Ch. TESTE.

Je poussai donc plus loin, et j'allai jusqu'à la Salpêtrière. L'intérêt tout spécial qui se rattache aux établissements d'aliénés s'est encore accru, depuis quelque temps, par les recherches dont la pathologie de l'encéphale vient de s'enrichir et par les innovations introduites dans le traitement de la folie. C'était plus qu'il ne m'en fallait pour motiver cette démarche. Mais l'admission des étrangers à la Salpêtrière rencontre de grandes difficultés, depuis certaines scènes, quelque peu drôlatiques, dont les journaux ont fait grand bruit. Cependant je parvins à y pénétrer, grâce à l'intervention d'un personnage dont il sera question plus loin, auquel les portes de l'établissement sont toujours ouvertes. Il voulut bien me prendre sous sa sauvegarde, et le moment d'après, nous arrivions dans une vaste cour carrée, plantée d'arbres et entourée de bâtiments lugubres. C'était la division des aliénées. Une foule de ces malheureuses se tenaient sous les arbres, les unes isolées et immobiles, les autres conversant entre elles ; d'autres encore, errant comme des ombres, paraissaient vivement préoccupées. Un morne silence régnait dans cette enceinte : par intervalles seulement, des cris semblables au râle des ménageries s'échappaient de l'intérieur des bâtiments.

Quelque familiarisé qu'on soit avec un pareil spectacle, on ne s'y défend pas d'un serrement de cœur ; il vous accable d'affligeantes réflexions. En effet, j'avais sous les yeux le dernier degré de la dégradation humaine, la folie, qui, comme le crime, laisse une tache ineffaçable à tout ce qu'elle a touché, qui, comme lui, transmet une espèce d'opprobre du père aux enfants, et dont les progrès effrayants, sujet perpétuel d'études pour le médecin, devraient bien enfin fixer l'attention des législateurs.

On accuse la civilisation des progrès de l'aliénation mentale. Il est de fait que si la culture des arts améliore l'état physique comme l'état moral de l'homme, que si elle a mis fin à ces épidémies meurtrières qu'on ne retrouve plus que là où elle n'a pas pénétré, elle est restée sans force contre la folie, dont la fréquence augmente, au contraire, à mesure que la civilisation grandit. La folie est le fruit amer de la liberté, et l'absolutisme trouverait là un thème magnifique à développer. Cependant ne prenons notre état social que pour ce qu'il est réellement, c'est-à-dire pour un état de lutte, de transition vers un ordre de choses plus complet, et ne jugeons pas la civilisation par la demi-civilisation. Sans doute, cette suractivité, ces luttes continuelles, cette inquiétude profonde, qui travaillent et ébranlent la société, sont les principales causes des résultats que nous observons ; mais ces désordres révèlent eux-mêmes un vice radical d'organisation, auquel une autre main que celle du

médecin doit porter remède. Il serait par trop déplorable de penser que la perfectibilité morale de l'homme ne doive aboutir qu'à la folie! Mais qui nous répond que, lorsque l'organisation du travail aura assuré le pain à l'ouvrier et l'instruction à ses enfants; lorsque l'abolition du droit inique d'hérédité aura retranché aux uns le superflu qui les démoralise, remédié à la détresse qui corrompt les autres, répandu la sécurité partout; lorsque chaque individu, placé dans sa sphère d'aptitudes, y trouvera un genre de vie en harmonie avec ses goûts; lorsque l'union sexuelle, établie sur des bases plus morales, ne sèmera plus les querelles, l'antipathie, le désordre, le mauvais exemple dans les familles, etc., etc.; qui nous répond, dis-je, que lorsque tant de causes de malaise et de tourmente morale auront disparu, la fréquence de la folie ne diminuera pas dans la même proportion? N'est-ce pas au moins ce qu'on peut légitimement espérer?

Mais vous ne tenez pas compte de l'hérédité, me dira-t-on; et pensez-vous qu'un changement dans les institutions puisse en neutraliser les effets? Certes, je suis loin de contester l'influence trop évidente de l'hérédité sur le développement de la folie; mais ce qui ne me paraît guère moins évident, c'est que l'hérédité n'aboutit pas fatalement à la folie, et que souvent même elle n'y arrive que par le concours d'une cause éventuelle sans laquelle elle eût pu s'affaiblir et perdre la faculté de se transmettre; c'est qu'il n'est pas bien rare de voir la folie se produire de toutes pièces, à la suite de secousses morales, chez des sujets où l'hérédité ne peut être invoquée (1); c'est que les individus abrutis par des excès de débauches ou de boissons alcooliques, ou atteints d'épilepsie accidentelle, transmettent parfois à leurs enfants le germe de l'aliénation mentale. — S'il n'en était pas ainsi, comment se rendre compte de l'accroissement du nombre des aliénés, dans des circonstances données? Probablement la folie est héréditaire pour le fataliste musulman, l'indolent Italien, le serf russe comme pour l'Européen civilisé : comment se fait-il donc qu'elle soit pour ainsi dire inconnue chez les premiers? Évidemment parce que le ferment de nos institutions leur manque. Otez à ces institutions ce qu'elles ont d'irritant; rendez-les plus équitables, plus humaines, plus chrétiennes, et vous verrez diminuer le nombre des fous. Il n'est pas nécessaire pour cela de porter atteinte à la liberté, mais seulement d'en régler l'usage.

Vous ne vous attendiez peut-être pas, mon cher confrère, à voir la politique intervenir dans cette affaire; et pourtant je ne pense pas m'être trop écarté de la question. Dans un moment où les doctrines socialistes s'élaborent et s'infiltrent dans toutes les classes de la société, lorsque la presse périodique les discute au grand jour, et que les hommes les plus sages eux-mêmes ne font de la possibilité de leur application qu'une question de temps, sied-il au médecin de rester étranger à ces débats; et sans prendre parti dans ces discussions brûlantes, n'est-il pas au moins de son devoir de méditer ces doctrines et de les envisager dans leurs rapports avec l'hygiène publique?

Mais en voilà assez là-dessus : passons à une question un peu moins sujette à controverse. — Nous venons de voir comment l'irritation entretenue par des institutions politiques mal appropriées à nos besoins et par les dissensions religieuses, réagit sur l'homme moral et dégrade son intelligence : examinons maintenant jusqu'à quel point l'art de guérir peut réparer les torts de LA SCIENCE. Pour cela, je vous renvoie au *Rapport sur l'état des établissements d'aliénés en France, en Angleterre et en Allemagne*, par le docteur Crommelinck : vous y verrez qu'en Angleterre le rapport annuel du

(1) Un grand nombre d'émigrés polonais ont été frappés d'aliénation mentale, et beaucoup d'entre eux y ont succombé; cependant la folie est rare en Pologne.

chiffre des sorties au chiffre des entrées est de deux à trois, tandis qu'en France il n'est que d'un et tout au plus d'un et quart sur pareil nombre. Ce relevé est en contradiction flagrante avec le développement que la pathologie des aliénés a pris chez nos voisins; mais c'est le cas où jamais de dire : Que peut la science sans argent? En Angleterre, où tous les hospices d'aliénés, sans en excepter Bedlam lui-même, sont fondés par des souscriptions particulières, on n'y épargne rien : régime alimentaire, tenue des malades, personnel, soins hygiéniques et moraux, appropriation des locaux, etc., tout concourt au but de ces institutions; et la puissance de l'argent y est tellement évidente, que l'on voit le chiffre des guérisons fléchir ou s'élever à mesure que les sommes affectées au confortable des malades augmentent ou diminuent d'importance (1). Mettez à côté de cela les maisons royales de la Salpêtrière et de Bicêtre; le contraste est affligeant : au lieu de ce luxe de bien-être, vous y trouvez des salles sombres, tortueuses, perpétuellement encombrées, une livrée ignoble, une nourriture, un personnel insuffisants.... Or, dites-moi ce que peut l'art réduit à de pareils moyens. Et quand on considère que ces établissements où règne un si affreux dénument, où tant d'iniquités se commettent, où l'humanité est si indignement profanée, se trouvent sous le patronage d'un pouvoir qui dispose — on sait comment — d'un budget d'un milliard et demi!

Le quartier dans lequel on m'avait introduit était celui des incurables, dont le service est confié à Trélat. C'est là que ce grand citoyen est venu se reposer de ses longues luttes politiques; repos bien digne, en effet, de celui dont toute la vie ne fut qu'un long et douloureux sacrifice à l'humanité. En ne considérant les choses qu'au point de vue de la science et du mérite personnel de Trélat, on pourrait regretter de voir un talent si éminent relégué dans un service d'incurables — quoique l'observation soit loin d'être inféconde chez les incurables — mais, envisagées sous des rapports d'un intérêt plus élevé, on sent que ce poste est le sien, et que cet homme était en quelque sorte prédestiné pour cette mission de charité toute chrétienne qui agit et console encore quand l'art s'est déclaré impuissant.

Mon respectable guide me fit l'honneur de me présenter à ce médecin. Il était dans la salle de garde; sa visite venait de finir. Le mauvais état de sa santé me frappa douloureusement : sa figure pâle et creuse, son regard mélancolique, son attitude courbée, une toux fréquente et chronique... me rappelèrent sa longue et dure captivité au mont St-Michel et les nombreuses persécutions qui l'ont précédée; elles me rappelèrent que, sous ce calme apparent, sous cette écorce si frêle, existaient une âme ardente et enthousiaste, un courage capable de tout, une fermeté et une constance que rien au monde n'a pu ébranler, une pureté et une noblesse de sentiments auxquelles ses ennemis eux-mêmes ont dû rendre hommage.

Dès qu'il eut appris le motif de ma visite, il écrivit mon nom sur une pancarte qu'il envoya à la signature du directeur de l'établissement; après quoi il me proposa de passer dans ses salles.

(1) A cet égard, je ferai connaître ici les résultats dont j'ai été témoin dans l'établissement phrénopathique du docteur Crommelinck, à St-Josse-ten-Noode, lez-Bruxelles. Le nombre des aliénés des deux sexes admis la première année — 1843 — fut de quatorze, dont il ne reste plus aujourd'hui que deux : une idiote qui a fait des progrès remarquables, et un autre sujet entré en démence. Un troisième malade, déjà en voie de guérison, fut prématurément retiré après un court séjour. Les onze autres sont sortis guéris. Mais pour celui qui connaît l'établissement dont il s'agit, et qui a été témoin des soins infinis dont chaque aliéné est l'objet; lorsqu'on réfléchit que le directeur de cet établissement, médecin très-versé dans cette spécialité, habite au milieu de ses pensionnaires, dont il a toute la confiance, et qu'il dirige lui-même leur traitement, ce résultat n'a rien qui doive surprendre.

A peine eûmes-nous fait quelques pas, que nous vîmes venir à nous une femme tout éplorée : l'expression de ses traits, ses sanglots, l'agitation convulsive de tout son corps, manifestaient la plus grande douleur. Je crus qu'un affreux malheur venait de la frapper. Il n'en était rien. — « Vous voyez cette femme, me dit Trélat, vous la voyez au désespoir ; eh bien ! il suffira d'un mot pour tout calmer. » Puis il s'approcha de la pauvre folle en lui disant : — « Qu'avez-vous donc, madame ? » Mais la folle ne répondit que par des sanglots. Il la prit alors par le bras en répétant sa question, et elle parut prêter attention : — « Allons, poursuivit-il, contez-moi votre histoire du *Chevalier noir.* » Elle n'obéit pas sur-le-champ, tant elle était occupée de sa douleur. — « Eh bien ! m'entendez-vous ? l'histoire du *Chevalier noir.* » Pour le coup, la folle fit un grand effort sur elle-même, et commença sa narration, mais d'une voix faible et noyée dans les larmes. Elle continua cependant ; et sa voix devint peu à peu plus forte et plus assurée ; ses traits, moins contractés, perdaient insensiblement leur expression de tristesse ; enfin, elle n'avait pas parlé pendant trente secondes, que sa voix était sonore, son œil radieux, son geste animé, et je fus singulièrement étonné du talent avec lequel cette femme déclamait, ainsi que de l'harmonie qui régnait dans toute sa personne. Trélat allait l'interrompre ; mais, remarquant l'intérêt que j'y prenais, il la laissa aller. Cependant l'histoire, quelque intéressante qu'elle fût, se prolongeait un peu trop ; le temps nous pressait, et le médecin fut obligé d'imposer silence à la conteuse. — « Chantez-nous maintenant votre air de la *Dame blanche*, » lui dit-il. Mais la folle s'en défendit ; elle prétendit qu'elle était rauque, et semblait craindre de compromettre son talent : elle suppliait le docteur de lui laisser achever sa narration ; elle n'avait plus qu'un mot à ajouter pour finir, et c'était le beau de l'histoire. Mais Trélat fut inflexible : il ordonna de chanter, et il fallut s'exécuter. La folle avait effectivement la voix rauque, comme elle l'avait avancé ; et quoiqu'elle chantât fort juste, elle dut renoncer à cet air qui n'était pas écrit pour son registre. Elle voulut alors revenir à son conte : elle y tenait beaucoup ; mais nous cessâmes de l'écouter, et nous partîmes. La pauvre folle nous suivit tant que nous fûmes dans la salle, et au moment où je mettais le pied dehors, je me sentis retenir par l'habit : c'était encore elle qui me demandait, d'une voix suppliante, d'écouter le reste de son histoire.

— « Vous mettez la musique en pratique ? » dis-je à Trélat. — « Oui, me répondit-il ; c'est un exercice qui fait diversion, qui donne le change aux idées des aliénés, et dont nous retirons de bons résultats. » Quoique l'introduction des exercices dramatiques dans le traitement de la folie n'appartînt pas à ce médecin, je me gardai bien de le questionner à ce sujet. J'attendis qu'il me mît sur la voie ; mais son extrême discrétion ne donna jamais prise à ma curiosité. D'ailleurs, les effets de cette méthode sont assez connus : il me suffira de rappeler ici qu'elle n'est plus admise dans aucun établissement.

Nous arrivâmes bientôt au quartier des paralytiques, dont le nombre est considérable dans cette division. — « Voilà l'écueil de la médecine, me dit-il ; nous sommes désarmés devant cette terrible affection. » Et il me donna une description de sa marche avec une méthode et une lucidité que je n'oublierai de ma vie. Je lui dis que la marche des symptômes qu'il venait d'énumérer me rappelait ceux du ramollissement cérébral ; mais Trélat ne rattache la paralysie générale des aliénés à aucune lésion anatomique déterminée des centres nerveux, et il me donna l'assurance que, le plus souvent, ils ne présentent pas la moindre altération. Cette opinion n'est pas celle d'autres observateurs qui ont décrit minutieusement les diverses formes de lésions observées sur le cadavre ; mais j'acceptai la réponse, et je n'y fis aucune objection. Quant aux

moyens curatifs, Trélat les déclara de toute inutilité : selon lui, la mort est la terminaison inévitable de la maladie. — « Ce n'est pas, ajouta-t-il, que l'on ne remarque quelquefois des améliorations inespérées et même surprenantes ; mais la médecine n'y est pour rien. Ainsi, me dit-il, en me montrant une paralytique liée sur sa chaise et occupée à tirer de la charpie, voici une malade qui offre un exemple frappant des ressources de la nature : il y a deux mois environ qu'elle était à l'agonie; je m'attendais à la voir mourir de moment en moment, et cependant la voici; elle nous a tous trompés. »

Nous rencontrâmes plusieurs épileptiques : je demandai à Trélat si la thérapeutique n'avait rien trouvé de nouveau pour elles. Il me répondit que non. Il ajouta que les moyens thérapeutiques sont en général d'un faible secours, non-seulement dans l'épilepsie, mais dans toutes les formes d'aliénation mentale que j'avais sous les yeux ; que leur traitement consiste bien plutôt dans une sage combinaison des soins hygiéniques, dont l'emploi devrait d'ailleurs être réservé exclusivement au médecin, puisqu'il peut seul le diriger avec méthode. Je lui rappelai les observations publiées par Moreau, un de ses collègues de Bicêtre, sur l'efficacité du stramonium dans certains cas de manie; mais il ne me parut pas avoir à se louer de ses essais. — S'il m'était permis de parler ici de mon observation personnelle, elle viendrait à l'appui des faits observés à Bicêtre, et le docteur Crommelink, plus compétent que moi dans cette question, m'a dit plusieurs fois avoir administré le stramonium avec succès dans son établissement.

Restait à visiter le quartier des gâteuses, et enfin celui des idiotes. Les cabanons des gâteuses sont ce qu'il y a de mieux tenu dans tout l'établissement; leurs lits, que je crois de l'invention de Trélat, sont surtout d'une simplicité fort ingénieuse, et bien autrement commodes que ceux de Bicêtre, quoique d'un prix infiniment moins élevé. La propreté la plus recherchée règne dans ces cellules; les matières excrétées par les malades passent des lits dans des entonnoirs placés sous ces derniers, d'où ils s'écoulent dans l'égoût commun; de sorte que l'odeur qui s'en exhale est pour ainsi dire nulle.

Les cabanons ne contiennent qu'un lit chacun. Sans communication entre eux, ils s'ouvrent d'un côté sur un couloir, et de l'autre sur une cour commune. Les aliénées étaient réunies dans cette dernière : nous nous rendîmes près d'elles. Dans le nombre se trouvaient quelques furieuses, que je vis rangées l'une à côté de l'autre et fixées sur leurs siéges. — « Quoi, des liens! m'écriai-je à cette vue; je pensais que Pinel les avait proscrits de la Salpêtrière. » — « Cela devrait être, me répondit Trélat; mais nous n'avons pas de chambres matelassées ici, et nous exposerions ces malades à se détruire si nous les mettions en liberté. Vous en voyez une ici que nous essayâmes de relâcher pour un moment, il y a quelques jours : eh bien! elle alla se frapper si cruellement la tête contre la muraille qu'elle faillit se la briser. » Celle dont il me parlait ainsi se trouvait encore dans un état d'exaltation extrême; elle luttait vainement contre ses entraves ; son œil hagard avait quelque chose d'effrayant, et il était facile de voir que, si la liberté pouvait être dangereuse à cette maniaque, la contrainte dans laquelle elle se trouvait, les efforts continuels qu'elle faisait pour s'en affranchir, réagissaient avec force sur l'encéphale et poussaient l'irritation jusqu'à la fureur.

Pendant que je contemplais ces malheureuses, Trélat s'approcha d'une femme d'une quarantaine d'années qui venait à lui : — « Eh bien, lui dit-il, madame ... est-elle encore malade? » La folle se croisa les bras sur la poitrine et fixa les yeux sur ceux de son interlocuteur, en lui répondant : — « Oui, je suis bien malade, bien malade. » Et en parlant ainsi, elle s'avançait lentement vers Trélat qu'elle

regardait toujours fixement. Celui-ci fit un signe, et il me prit par le bras. A ce signal, deux ou trois grosses filles de service s'élancèrent sur la femme, qui se débattait violemment pour s'échapper de leurs mains. — « Sauvons-nous, me dit Trélat, sauvons-nous. » Je ne pouvais m'expliquer cette fuite précipitée : la folle me semblait trop bien gardée pour avoir rien à craindre de sa violence ; mais c'était ses propos qu'il craignait, et nous ne fûmes pas assez prompts pour qu'il n'en arrivât quelques-uns jusqu'à ses chastes oreilles. — Il avait affaire à une nymphomaniaque ! !

Nous passâmes de là dans la salle silencieuse des jeunes idiotes. Nous vîmes au milieu d'elles un homme vénérable qui leur faisait la leçon, assis à une table autour de laquelle elles étaient rangées. A deux pas de là était placé un tableau. Arrivés près du maître, il nous montra l'écriture de ses élèves ; je fus frappé de si beaux résultats : l'écriture qu'on nous présenta pouvait rivaliser avec celle d'un bambin de huit ans, qui a trois à quatre ans d'école. Une jeune fille qui se tenait en arrière des idiotes fit passer ensuite devant leurs yeux des cartes portant des mots imprimés en grands caractères ; les folles les lurent sans hésiter. Les moins avancées se trompaient quelquefois ; mais cet exercice n'était qu'un jeu pour les autres, qui riaient de l'ignorance de leurs compagnes.

La méthode d'après laquelle on enseigne la lecture à ces idiotes est nommée *rythmique*, parce qu'elle s'exécute selon une certaine mesure. Une syllabe est présentée ; le professeur la nomme à haute voix, et les élèves la répètent autant de fois que la mesure l'indique. Il en ajoute ensuite une deuxième, puis une troisième, qu'elles répètent successivement, d'abord de gauche à droite, puis de droite à gauche, en observant toujours la mesure. On supprime enfin la mesure, et l'on substitue des mots isolés aux syllabes détachées, des phrases aux mots isolés. *(La fin au prochain numéro.)*

NOUVELLE MÉDICALE. — NÉCROLOGIE.

Audience accordée à la commission permanente du Congrès médical de France, par M. le ministre de l'instruction publique.

La commission permanente du Congrès médical a été reçue, jeudi 25 septembre 1845, en audience particulière par M. le ministre de l'instruction publique.

M. le président de la commission, en remettant à M. le ministre le rapport et le programme des questions, a exposé en quelques mots le but et la nature du Congrès médical. Il a ajouté que la commission, en cherchant à se mettre en rapport avec le gouvernement, devait, par déférence, faire sa première démarche auprès de son chef naturel M. le ministre de l'instruction publique, M. de Salvandy, dont le zèle pour les intérêts du corps médical s'était manifesté en plusieurs circonstances.

M. le ministre a répondu qu'il était heureux d'apprendre qu'en provoquant un congrès, la commission n'avait eu d'autre but que de donner une libre manifestation aux vœux, aux besoins du corps médical. Ces manifestations sont légitimes, le pouvoir les voit sans ombrage, elles sont dans l'essence de notre gouvernement, qui sera toujours disposé à en tenir compte.

Après avoir demandé quelques explications, qui lui ont été immédiatement

données, sur le nombre et la qualité des adhésions reçues, M. le ministre a ajouté que les noms qu'il voyait sur les listes étaient pour lui une garantie de dignité et de succès, et il a engagé la commission à donner toute la publicité possible à ces listes, afin que les médecins, pharmaciens et vétérinaires distingués des départements, et ceux qui appartiennent aux corps enseignants, fissent aussi acte d'adhésion. Plus le Congrès sera la représentation éclairée du corps médical, plus ses décisions auront de valeur auprès du gouvernement. Pour favoriser autant qu'il est en lui les adhésions importantes des médecins de province, M. le ministre fera imprimer les listes d'adhésions dans le *Journal officiel de l'Instruction publique.*

M. le ministre a spécialement appelé l'attention de la commission permanente sur certaines questions les plus importantes : les réceptions à deux degrés, l'institution des médecins cantonanux, etc., sur lesquelles il s'est exprimé avec une connaissance approfondie de la matière et de ses difficultés. Il a exprimé le regret que le Congrès médical n'ait pas pu se réunir plus tôt. Son intention formelle était de présenter une loi aux Chambres dans la prochaine session : déjà il s'occupait de nommer une commission qui, sous sa présidence, eût examiné toutes les dispositions de cette loi. La réunion du Congrès le force à s'arrêter. Disposé à profiter des lumières qui sortiront nécessairement de cette grande réunion d'hommes éclairés et bien intentionnés, il attendra que les vœux du corps médical se soient manifestés par cette sorte de suffrage universel qui n'a jamais été appliqué à la corporation médicale. Cependant, a-t-il dit, si le Congrès a fini ses travaux vers le 15 novembre, il lui restera peut-être assez de temps pour préparer et pour présenter le projet de loi dans la session.

M. le ministre a demandé formellement à la commission de se mettre en rapport avec lui et de le tenir au courant de tous les travaux du Congrès.

Il a terminé en promettant son appui à la demande faite à M. le ministre de l'intérieur pour obtenir les autorisations nécessaires.

La commission permanente du Congrès, reconnaissante de l'accueil gracieux et bienveillant qu'elle a reçu de M. le ministre de l'instruction publique, a décidé qu'elle donnerait, avec son assentiment, toute publicité aux encouragements et au suffrage que M. le ministre a bien voulu lui accorder.

La ville de Verviers vient de faire une perte douloureuse en la personne de M. le docteur Rutten, décédé le 4 novembre 1845.

M. Jean-Toussaint Rutten, né au chateau de Beaufraipont, à Chénée, près de Liége, le 14 mai 1766, fit ses humanités au collége de Liége et sa philosophie au collége des Oratoriens, à Douai. Une grande facilité et une application soutenue lui valurent bientôt les plus belles palmes à Douai. Cette vivacité de conception et cette pénétration d'esprit, qui le distinguèrent depuis, y furent d'abord remarquées.

Entraîné, par sa vocation, vers la médecine, il choisit, pour l'étudier, l'une des plus célèbres universités d'alors, et se rendit à Montpellier, où brillaient des professeurs d'un grand nom. Barthès y donnait ses savantes leçons : Chaptal répandait, dans ses éloquents discours, les lumières qu'avait fait naître l'ère nouvelle dans laquelle était entrée la chimie ; des praticiens éminents joignaient, au lit du malade, le précepte à l'exemple.

Le jeune élève sut profiter de ces avantages par des études fortes et consciencieuses. Plus d'une fois sa santé en souffrit ; mais il triompha par les efforts d'une volonté qui devait surmonter tous les obstacles que le médecin rencontre en parcourant sa carrière.

Des propositions de rester en France furent faites au jeune Rutten, notamment par Chaptal, qui lui témoignait beaucoup d'affection ; mais le désir de revoir le sol natal l'emporta, et il revint au pays de Liége.

Une circonstance particulière — l'exécution d'un legs pieux qu'il avait trouvé dans l'héritage d'un pauvre condisciple — le mit en rapport avec M. Philippe de Limbourg, médecin à Theux, qui jouissait d'une célébrité justement acquise. Le maître devina bientôt le mérite du jeune médecin, qui, dès ce moment, devint son ami, et s'établit à Theux, jusque vers 1806, époque à laquelle les fatigues inséparables de sa grande clientèle nécessitèrent le transfert de son domicile à Verviers.

Nous ne le suivrons pas dans les détails de cette carrière si pleine de faits; nous ne parlerons pas de ce tact médical qu'il a apporté en naissant, de cette mémoire prodigieuse, dans laquelle tous les accidents de la vie morbide — si l'on peut s'exprimer ainsi — de ses clients laissaient des traces ineffaçables. Qui de nous n'a pas admiré souvent l'activité et le zèle de cet homme de courage et de talent, qui, pendant quarante ans, exerça dans notre ville l'art de guérir avec une incontestable supériorité, qui visita le riche et le pauvre, et qui, la nuit encore, même dans un âge avancé, était à la disposition de son malade. Aussi, ceux qui ont été l'objet de ses soins, et qui ont pu admirer les ressources de son esprit et la bonté de son cœur, en conserveront un souvenir impérissable ; et sa famille peut montrer avec orgueil des témoignages vivants de la reconnaissance de ses malades de toutes les conditions sociales.

La réputation de M. Rutten ne s'est pas bornée à Verviers, elle ne pouvait que s'étendre. Sa correspondance, toujours croissante, témoigne assez du prix que de savants collégues des grandes capitales attachaient à ses consultations; les hôtels de Verviers savent aussi combien il fut visité par l'étranger. Enfin, on aurait peine à croire qu'un seul homme ait pu, pendant une si longue série d'années, suffire à tant de travaux, si l'on ne savait qu'à des facultés précieuses il unissait des habitudes d'ordre et de ponctualité qui lui rendaient possible ce que d'autres atteindraient difficilement.

Cette même activité — qui, chez certains hommes, paraît inépuisable et leur fait éprouver le besoin de rechercher sans cesse un aliment nouveau, — a permis à M. Rutten d'acquérir, à un autre titre, des droits à la reconnaissance de ses concitoyens, en prenant part à l'administration de la ville pendant vingt-deux ans, et aux époques les plus difficiles que nous ayons traversées, notamment celles de 1812, 1813 et 1814.

L'âge commençait à miner cette existence active. M. Rutten voyait arriver la vieillesse sans rien perdre de son tact, de ses facultés, de son zèle et de son dévouement à sa clientèle; et tel était son besoin d'être utile à l'humanité, qu'il appréhendait les infirmités de la vieillesse bien moins à raison des incommodités qu'elles apportent, qu'à raison du danger de devenir inutile à ses semblables. On s'apercevait avec anxiété que le corps s'affaissait sous le poids de grands travaux, bien qu'il conservât dans toute sa plénitude son esprit et sa gaîté naturelle.

Dès le commencement de cette année, il fut atteint d'une affection grave qui le mit au bord du tombeau ; sorti encore une fois de ce péril, il reprit l'exercice de la médecine avec empressement, et revit ses chers malades : au mois de septembre dernier, après une conversation fatigante, il fut atteint d'une hémorrhagie qu'il jugea à l'instant devoir être sa dernière maladie. Evénement fatal que notre ville déplore aujourd'hui et qui n'a que trop justifié ses prévisions ! Quelque puissants que fussent les liens qui l'attachaient à la vie, et quelques regrets que sa mort dût laisser dans les cœurs de ceux qu'il

affectionnait, il a accepté la mort avec calme et résignation, lui qui l'avait vue si souvent planer sur le lit des malades : quelques heures avant de fermer les yeux, il disait à ceux qui l'entouraient : *A mon âge, il faut savoir quitter la vie sans marchander.* A ce moment suprême, il a dû évoquer tous ses souvenirs, plonger ses regards dans tout son passé, et il doit être mort avec la conviction qu'il a accompli ici bas la mission que la Providence lui avait confiée.

Rappelons quels sont les titres dont M. Rutten a été honoré pendant sa longue carrière, sans les avoir jamais recherchés :

Chevalier de l'ordre du Lion-Belgique ; en 1823.

Chevalier de l'ordre Léopold ; 31 décembre 1844. — Distinction qu'on a cependant jetée avec profusion et qui est venue le trouver bien tard.

Membre de l'Académie royale de médecine ; 19 septembre 1841.

Membre de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers.

Médecin consultant de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges ; 19 janvier 1835.

Président de la Commission médicale locale.

Il a été médecin en chef des hôpitaux de Verviers pendant environ 34 ans, bourgmestre et maire de Verviers pendant 22 ans ; du 28 août 1808 à 1830.

Son diplome de docteur en médecine date de 1788 : aussi depuis longtemps était-il le doyen des médecins belges.

L'inhumation du corps de M. Rutten à eu lieu le 6 novembre.

Les coins du poêle étaient tenus par des médecins.

Tous les médecins et les chirurgiens de Verviers, leurs confrères des environs, et les pharmaciens, assistaient à cette triste cérémonie.

Derrière le corps s'avançait le cheval de M. Rutten, portant le deuil de son maître et traînant cette voiture si bien connue.

En tête du convoi funèbre se présentait l'administration communale, qui a voulu rendre un dernier hommage à celui qui administra la ville pendant vingt-deux ans, sous l'empire, et le régime hollandais. Une foule nombreuse complétait le convoi : chaque famille y avait ses représentants ; et dans quelle famille, à Verviers, M. Rutten, le médecin ! n'a-t-il pas laissé des souvenirs !

Après la cérémonie religieuse, qui a eu lieu à la paroisse St-Remacle, le convoi a accompagné M. Rutten jusqu'à sa dernière demeure.

Sur sa tombe, trois discours ont été prononcés : l'un, au nom de l'administration locale, par M. Biolley ; le second, par M. Jules Delcour, au nom de la Société de médecine, dont M. Rutten était président ; et le troisième, par M. de Lenaerts, au nom du corps des médecins. (*Industriel de Verviers.*)

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE

BELGIQUE.

ANNÉE 1844-1845. — N° 10.

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE 1845.

Président, M. Vleminckx;
Secrétaire, M. Sauveur.

A dix heures, M. le Président occupe le fauteuil, et M. le Secrétaire fait la lecture du procès-verbal de la dernière séance, dont la rédaction est adoptée.

I. — COMMUNICATION DU GOUVERNEMENT.

M. le Ministre de l'Intérieur soumet à l'Académie une communication de la Commission médicale de la Flandre orientale, relative à un point de la loi du

12 mars 1818, celui de savoir quels sont les médicaments simples qui peuvent être vendus par des personnes étrangères à la pharmacie. (Renvoi à la Commission de législation médicale.)

II. — CORRESPONDANCE.

M. Maton-Morand demande l'examen d'un échantillon d'un racahout analeptique végétal de sa composition. (Renvoi à la cinquième section.)

III. — COMMUNICATIONS DIVERSES.

Essai sur les coliques métalliques, par M. Chevallier, de Paris.

Essai sur l'influence du strabisme dans l'exercice de diverses professions, par M. Carron du Villards. (Renvoi à la troisième section.)

De l'infanticide dans le cas d'asphyxie par submersion, par M. le docteur Lados. (Renvoi à la quatrième section.)

M. Phillips offre, de la part de MM. les docteurs Carteaux et Chaillon, de Paris, une pièce d'anatomie chirurgicale en cuir relief, et demande, au nom de ces médecins, que l'Académie veuille bien faire un rapport sur cette nouvelle invention. (Renvoi à la première section.)

Lettre de M. le docteur Hollert, à Nil-Saint-Vincent, contenant les résultats de ses observations : 1° sur l'emploi de la feuille de garou pour l'établissement et l'entretien des exutoires ; 2° sur la désinfection, par l'acide hydrochlorique, de la partie de la pomme de terre altérée par la maladie dont ce tubercule est actuellement atteint en Belgique et dans plusieurs autres pays. (Ces com-

munications sont respectivement renvoyées à l'examen des troisième et cinquième sections.)

IV. — RAPPORTS SUR LE CONCOURS.

— M. LE PRÉSIDENT : L'ordre du jour appelle la lecture et la discussion des rapports des Commissions qui ont examiné les Mémoires que la Compagnie a reçus, en réponse aux questions du concours de 1845.

La parole est à M. Broeckx (1), organe de la Commission qui a eu à s'occuper des Mémoires relatifs à la première question.

— M. BROECKX : « Faire connaître l'influence que les marais et les polders exercent spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie ; indiquer les moyens de neutraliser cette influence en tout ou en partie par des mesures d'hygiène tant publiques que privées » ; telle est, Messieurs, la question vraiment humanitaire sur laquelle vous avez voulu appeler les investigations des praticiens. La Compagnie en la proposant, a bien compris le but de son institution.

Bien que notre littérature médicale puisse signaler plusieurs écrits relatifs à la question, tels que ceux de Vanderheyden, de Van Elsacker, de Dodoens, de Van Lom, de D'Oignies, et quelques mémoires contemporains ; bien que celle-ci ait été agitée à différentes reprises au sein de nos associations médicales, il est pourtant vrai de dire qu'aucun travail complet sur la matière, n'a été publié en Belgique, où les pol-

(1) La Commission était composée de MM. DE LAHAYE, GOUZÉE, JANSSENS, VAN COETSEM, et BROECKX, rapporteur.

ders et les marais occupent encore aujourd'hui un si grand nombre d'hectares.

Toutefois, nous devons le supposer, ces écrits et d'autres encore auront été consultés avec fruit par les concurrents, non pas, nous nous hâtons de le dire, qu'ils soient suffisants pour permettre de résoudre convenablement la question ; car vous le savez, Messieurs, ce n'est pas l'exposition de l'état de la science, que vous avez demandée, mais bien un ouvrage de recherches et d'expérimentations, un ouvrage tout à fait pratique.

Avant de vous présenter l'analyse critique des Mémoires, qu'il nous soit permis d'insister un moment sur le sens et la portée de la question. Elle se divise naturellement en deux parties : dans la première, on demande les effets des effluves paludéens, dans la seconde, le remède.

Pour faire connaître convenablement « l'influence que les marais et les polders exercent spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie de ses habitants », il est indispensable que les concurrents aient vu, bien vu, et souvent vu les lieux dont ils se proposent de faire l'histoire. Lorsqu'ils auront ainsi acquis une connaissance spéciale de nos polders et de nos marécages, ils commenceront par déterminer quels sont les marais qui se rencontrent chez nous et dans les pays limitrophes. Il sera important de décrire la composition et la stratification du sol, et de joindre aux indications écrites, quelques dessins topographiques. L'eau des marais ainsi que l'air qu'on y respire et qu'on respire dans le voisinage, auront été analysés, et les effluves des marécages examinés sous tous les rapports, en se basant sur des expériences personnelles, autant

que possible. Les effets de ces effluves sur la plupart des fonctions de l'économie auront été étudiés. L'analyse du sang, celle d'autres fluides, leur examen microscopique, aura dû fournir peut-être quelques données nouvelles sur leur composition. Le système biliaire, tout le système de la veine porte aura mérité une attention spéciale. L'action du miasme marécageux sur le système nerveux, sur l'irritabilité musculaire, etc., etc., n'aura pas non plus été passée sous silence.

L'étude de nos polders aura fait connaître les effets que ces localités exercent sur la santé, d'après la différence d'âge, de sexe, de profession, et d'après la proximité du foyer d'exhalaison.

Après avoir décrit l'influence des miasmes marécageux sur toutes les fonctions ou sur la santé des habitants, les auteurs auront dû s'occuper des effets de ces miasmes sur la durée de la vie, c'est-à-dire, faire connaître comment ils minent cette dernière, en donnant naissance à des maladies. Ces maladies reconnaissent pour causes les miasmes seuls, ou les miasmes joints aux causes ordinaires. L'observation des médecins qui pratiquent dans les polders, nous apprend que l'influence des effluves paludéens est tellement marquante en certains endroits, qu'elle donne à une certaine partie de la Flandre et de la province d'Anvers, une constitution médicale toute spéciale, non pas en exposant les habitants de ces localités à contracter des maladies franchement *paludeuses*, mais en modifiant la nature d'une foule d'affections nées sous de toutes autres conditions que celles d'un air miasmatique, surtout en changeant le mode d'être des réactions qui se développent pendant la marche de ces affections.

Les concurrents auront eu à examiner certaines maladies qu'on rencontre dans les terrains marécageux, non en s'attachant à en faire la description, mais en indiquant comment les effluves des polders contribuent à les produire, ou à les modifier.

Lorsqu'ils auront ainsi fait preuve d'une connaissance spéciale et profonde des polders de notre pays, et comparé les résultats de ces investigations avec les recherches faites sur le même sujet dans d'autres contrées, ils puiseront dans cette comparaison quelque différence ou quelque analogie entre les terrains à peu près semblables. L'Académie en insérant dans la question les mots : *spécialement en Belgique*, a voulu que l'on s'occupât d'une manière toute spéciale des localités marécageuses de notre patrie.

La solution de la seconde partie de la question « indiquer les moyens de neutraliser l'influence des polders en tout ou en partie par des mesures d'hygiène tant publiques que privées » devra découler naturellement des investigations qui précèdent. Il ne suffit pas de prescrire l'asséchement et le comblement des marais ; il faut indiquer encore les localités où ces mesures sont applicables, faire connaître d'une manière précise les dispositions que le Gouvernement doit prendre pour neutraliser les effets des influences marécageuses, signaler les endroits où il peut faire creuser des canaux de décharge, afin de prévenir les inondations. A cette occasion, les travaux des ingénieurs et entre autres de M. l'ingénieur *Wolters*, sur cette matière, sont à consulter avec fruit.

Les concurrents n'auront pu passer sous silence, le desséchement des mares des bruyères. Il est facile de démontrer qu'en assainissant et en cultivant cette

partie de notre pays, il ne sera plus nécessaire de jeter nos compatriotes dans les déserts des tropiques.

La question de l'assainissement des lieux marécageux aura dû donner aussi aux concurrents l'occasion d'examiner l'influence que doit avoir sur la santé des habitants, la conversion de ces terrains en terres labourables.

L'indication des mesures d'hygiène privée doit terminer le travail.

C'est pénétré de ce qui précède, que nous avons examiné les Mémoires des concurrents. Nous allons voir s'ils ont répondu à l'attente de l'Académie.

Le Mémoire n° 1 porte pour épigraphe :

> Amour de nos foyers, quelle est votre puissance!
> Quels lieux sont préférés aux lieux de la naissance!
> . . . . . .
> Virgile abandonnait les fêtes de Capoue,
> Pour rêver sur les bords des marais de Mantoue.
>
> BERNIS, *Épître sur l'Amour de la patrie.*

Ce travail contient 265 pages in-folio; il est divisé en trois parties. La première est consacrée à des considérations sur les marais et les polders. On y lit dans le premier chapitre, l'exposé historique des polders considérés sous le rapport du changement que de grandes catastrophes y ont causé. Ces renseignements sont en général peu utiles, toutefois on y trouve des observations justes et intéressantes concernant le climat et les vents qui y règnent, et des rapprochements avec les autres pays marécageux limitrophes, dignes d'attention. Dans le deuxième chapitre, l'auteur s'occupe de détails et de définitions géognostiques qui n'ont aucun rapport avec la question proposée. Il y indique aussi les mesures d'hy-

giène publique relatives à l'assainissement du pays, mesures qui eussent trouvé plus naturellement leur place dans la troisième partie du Mémoire. Dans le troisième chapitre, il cite quelques ouvrages d'auteurs anciens et modernes qui se sont occupés de la nature chimique des effluves marécageux, mais il n'y a là rien d'original : quand l'auteur parle de leur manière d'agir, il indique le résultat de ses observations ; on peut dire qu'il y a là de bonnes choses, qui lui sont propres, et qu'il a vu les lieux marécageux.

La Commission a été unanime pour regarder cette première partie, comme incomplète; elle renferme en outre des erreurs. L'observation ne confirme pas, par exemple, ce que l'auteur dit des vents d'est et de nord-est qui, suivant lui, seraient les plus fréquents dans nos polders, et amèneraient le plus d'humidité et de brouillards. Cette partie est pleine de digressions, de réflexions et d'anecdotes tout à fait étrangères au sujet, et dans lesquelles le bon goût n'est pas toujours respecté. Telle est surtout l'anecdote sur la nature grossière des femmes par rapport à l'amour. Cette partie ressemble plutôt à une causerie qu'à un travail sérieux.

Nous croyons devoir citer textuellement le commencement de la seconde partie, pour donner un exemple de la confusion des idées de l'auteur et de sa manière de les exposer : « Les effets des émanations sont selon la « nature de ces émanations, et selon les dispositions du « marais auquel elles appartiennent, qui sont: 1° une pro- « priété caractéristique de ces lieux, le *miasme,* qui avec « les vapeurs froides donnent la fièvre et qui donnent « également la constitution *fébrile ;* 2° une propriété « également caractéristique de ces lieux est uniquement

« inhérente à l'humidité froide de l'air plus ou moins li-
« bre qui y règne, n'ayant pas ou peu de rapport avec
« la précédente, dans la production des constitutions
« *lymphatique* et *scrophuleuse* qui sont son œuvre. Les
« premières émanations existent souvent, les secondes
« y flottent presque toujours. »

Après avoir développé ces idées, et donné une trop longue histoire des inondations qui ont eu lieu si souvent, l'auteur expose des observations utiles concernant l'influence des émanations marécageuses sur l'organisme des régnicoles, influence qui produit en quelque sorte la prédisposition constitutionnelle, que l'on doit considérer comme la prédisposition la plus intense aux maladies de ces contrées. Ensuite il traite longuement, trop longuement, de l'influence des marécages sur les animaux domestiques et sur les végétaux ; puis il fait un exposé très-incomplet des épidémies et épizooties qui se sont montrées à diverses époques en France, en Hollande et en Belgique.

Les maladies des marais et des polders de la Belgique et des pays limitrophes sont, suivant l'auteur, les fièvres d'accès, les névralgies périodiques, la fièvre typhoïde et les obstructions viscérales. Il donne une description très-détaillée de la fièvre intermittente, hors-d'œuvre non demandé. Cette malencontreuse digression l'a conduit à faire connaître les singulières idées qu'il professe en médecine. Il conseille dans la fièvre inflammatoire les saignées pratiquées le plus près possible du cœur, et pour cela, il veut qu'on les fasse au bras gauche.

Les mesures hygiéniques font l'objet de la troisième partie. Celle-ci, mieux traitée que les autres, contient d'utiles préceptes mêlés à des digressions oiseuses.

Dans le cours de ce Mémoire, il n'est pas fait mention de l'influence des marais sur la longévité, les maladies des enfants, les accouchements, les maladies des femmes en couche, celles de la matrice, la chlorose, l'anémie, etc.

Ce travail qui offre de bonnes choses, classées sans méthode, est l'œuvre d'un homme estimable qui n'a pas reculé devant une tâche longue et ardue, mais dont les forces n'ont pas répondu au courage. Le style est souvent incorrect et obscur ; on y rencontre des répétitions nombreuses et beaucoup de hors-d'œuvre. Il est facile de faire ressortir le peu de précision des idées de l'auteur, ainsi que sa manière vague et diffuse de les coordonner. Nous ajouterons que son travail très-incomplet, prouve qu'il n'est pas au courant des connaissances acquises sur la matière.

Le Mémoire inscrit sous le n° 2, porte pour épigraphe :

> Le marais paresseux tranquillement sommeille
> Sur le limon fangeux qui nourrit ses roseaux.
>
> DELILLE.

Ce Mémoire contient 354 pages in-folio, pour la plupart d'une écriture très-serrée. Il est divisé en neuf chapitres, qui offrent de nombreuses subdivisions.

CHAP. Ier. L'auteur donne d'abord un aperçu historique sur le littoral de la Belgique, sur ses habitants, et sur l'influence que les émanations marécageuses ont dû exercer sur ces derniers. Cette partie est extraite de la *Belgique monumentale* et des écrits de MM. Quetelet, de Reiffenberg et Moreau de Jonnès.

En traitant de l'influence des émanations marécageuses sur la constitution des anciens habitants des polders,

l'auteur donne des détails sur la constitution de ces hommes. Ces détails sont tirés de Jules César, de Michelet, de Dewez, de Chotin. Ensuite il traite de la constitution actuelle des habitants de ces localités. Il s'appuie sur le témoignage d'auteurs nationaux, entre autres sur le rapport de la Commission médicale de la Flandre occidentale, sur l'opinion de MM. Woets, Routet, Mathyssens. Cette constitution, d'après l'auteur, est généralement bonne, et contraste avec ce que MM. Rochoux, Nepple, Montfalcon, Malte-Brun, de Prony, Georgini et autres, disent des contrées marécageuses. A voir les habitants des polders flamands, si vigoureux, les femmes si belles, vous diriez que les marécages n'ont eu sur eux qu'une influence à peine saisissable. L'auteur attribue surtout cette différence à la vigueur primitive de la race. Cependant, quand on considère qu'une race sè détériore facilement, comme l'a si bien démontré M. Lordat, dans le *Journal de médecine de Montpellier,* ne devrait-on pas plutôt attribuer cette différence aux mœurs, aux usages, à nos institutions, qui diffèrent essentiellement de ceux des pays limitrophes, et surtout des pays méridionaux ?

En Belgique, ce sont les trois provinces à polders et la province de Liége, qui ont donné le plus de conscrits réformés ou ajournés pour défaut de taille. Ceci, d'après l'auteur, ne prouve nullement que la taille y soit plus petite. C'est aux affections scrofuleuses et au rachitisme plus communs dans les deux Flandres et dans la province d'Anvers, qu'il attribue ce fait, et non à l'influence des émanations marécageuses proprement dites.

Le chapitre est terminé par l'exposition de l'influence des polders sur les animaux qui les habitent. Cette in-

fluence y est peu sensible ; elle l'est même moins que dans la Bresse et la Sologne, d'après Montfalcon.

Cette partie offre de l'intérêt et contient des discussions judicieuses. Comme le reste du Mémoire, elle est remplie de citations souvent très-longues. La Commission eût désiré que l'auteur insistant moins sur les temps reculés, se fût occupé davantage, d'après ses propres recherches, des hommes de nos jours.

Chap. ii. Ce chapitre traite de la constitution géologique des polders. A la surface des eaux des marécages, se dégagent les gaz hydrogène phosphoré, carboné, sulfuré, l'azote, l'acide carbonique et le gaz ammoniacal. Pour le prouver, l'auteur invoque MM. Montfalcon, Deslandes, Orfila, Rochoux. Les émanations marécageuses ont lieu sous l'influence d'une certaine chaleur, d'une certaine humidité, ainsi que sous celle de l'action de l'atmosphère. L'influence des effluves marécageux se fait le plus sentir à la fin de l'été. D'après l'auteur, c'est à des étés presque constamment froids et pluvieux ou presque toujours secs, que nous devons depuis quelques années, une diminution si grande de l'extension et de la gravité des fièvres qui se montraient naguère dans nos polders : le même fait existe aussi en Hollande.

Dans notre pays, les miasmes ne paraissent pas étendre leur action beaucoup au delà des polders mêmes ; ce qui peut s'expliquer par la végétation riche et le grand nombre d'arbres élevés qui les cernent. Les équipages de notre marine militaire qui stationnent sur l'Escaut, en face du fort Sainte-Marie, à quelques pas seulement du rivage, restèrent constamment à l'abri des fièvres intermittentes, tandis que les troupes enfermées dans le fort, en souffraient cruellement. L'auteur attribue

ce résultat aux courants d'air apportés par la mer, combinés avec celui que produit le mouvement des eaux.

Dans les temps calmes et dans les pays chauds, les effluves s'élèvent ordinairement de quatre à cinq cents mètres; l'auteur doute que dans nos climats ils parviennent à cette hauteur.

Il traite aussi des variétés des miasmes qui résultent du mélange des eaux douces avec les eaux salées ou saumâtres. De toutes les eaux stagnantes, celles-ci fournissent les miasmes les plus actifs et les plus promptement délétères. Ces recherches sont pleines d'intérêt et parfaitement discutées.

L'auteur démontre que l'humidité, à elle seule, ainsi que les variations atmosphériques, en l'absence de la décomposition putride, ne sont point la cause des fièvres d'accès. Il applique les mêmes preuves à la chaleur ou à l'action solaire considérée comme cause de fièvre.

Ce chapitre atteste des investigations multipliées et des connaissances étendues sur la matière; toutefois l'auteur se perd en quelques endroits, au milieu de ses citations nombreuses et parfois contradictoires. Il ne précise pas bien l'époque la plus ordinaire de l'apparition des fièvres intermittentes; ici, c'est pendant l'automne que se présentent les cas les plus nombreux de fièvres passant le plus souvent aux formes pernicieuses; ailleurs, c'est dans la dernière quinzaine du mois d'août qu'elles sont le plus graves, tandis que c'est au contraire, vers la saison automnale qu'elles diminuent en nombre et en intensité. L'observation n'affirme pas que les miasmes marécageux se développent abondamment après le dégel.

Chap. iii. L'auteur s'occupe dans ce chapitre de l'influence des marais sur l'intelligence et les qualités morales de leurs habitants. Il montre par des tableaux comparatifs et de nombreuses recherches, que nos provinces marécageuses ont vu naître plus d'hommes marquants que les autres, et qu'elles ne le cèdent en rien sous le rapport de la moralité. La Commission a pensé que cette partie du travail qui comprend vingt-six pages, était étrangère à la question, ou du moins que l'auteur n'aurait pas dû la traiter avec autant d'étendue. D'ailleurs, en abordant ce sujet, il se plaçait dans la nécessité de tenir compte de mainte autre circonstance étrangère aux localités, et d'établir ses statistiques d'après le chiffre relatif des habitants de chaque province.

Chap. iv. Quatre espèces d'influences pathogénésiques agissent dans nos polders : 1° l'action du miasme des marais qui sollicite des réactions caractérisées par l'intermittence ; 2° l'action prolongée de l'humidité et du froid qui détermine les scrofules, la phthisie, la chlorose ; 3° l'action des variations fréquentes et brusques de l'état atmosphérique qui amène les affections catarrhales et les irritations des muqueuses ; 4° enfin les maladies qui résultent de l'action des gaz qui se forment dans les marais et qui viennent ajouter leurs effets pathogéniques à celui du gaz marécageux. Les maladies qui en résultent, sont les affections malignes, gangréneuses, charbonneuses.

L'auteur s'occupe aussi du mode d'action des miasmes sur l'économie, de leur influence sur la composition du sang et sur le système nerveux. Il donne la description de la fièvre intermittente sous toutes ses formes, parle

de la sensibilité vertébrale qu'il confond avec la douleur lombaire, et discute les opinions des auteurs sur la nature de la fièvre et sur la cause de l'intermittence. Cette partie jointe au chapitre IX, forme une véritable monographie de la fièvre intermittente. Il est à regretter que l'auteur ait fait tant de recherches et dépensé tant d'érudition, pour résoudre un point secondaire de la question. On y rencontre plusieurs observations qui lui sont propres et qui sont tirées du service médical du bataillon de l'Escaut.

Ce quatrième chapitre renferme des discussions et des remarques fort judicieuses, mais il est un peu diffus.

Chap. V. L'auteur s'y livre à des recherches sur l'origine des variétés d'action des effluves marécageux, sur leurs effets différents, selon qu'ils résultent plus spécialement de décompositions végétales ou animales. Il pose avec art une foule de faits, les discute et en tire la conclusion que les effluves végétaux produisent des fièvres intermittentes, tandis que les fièvres malignes, la fièvre typhoïde, la dyssenterie se déclarent plus spécialement sous l'influence de miasmes produits par la décomposition de substances animales. Il combat les opinions émises par MM. Guislain, Mascart, Daumerie, Mareska, Woets, Sovet, Martens, et s'y montre au courant de la littérature médicale du pays. Quelque talent qu'il ait apporté à cette partie de son Mémoire, il n'a pas fait faire un pas à la question qui est sans contredit l'une des plus difficiles de la science.

Chap. VI. L'auteur ne pouvait négliger de traiter la question à la mode, celle de l'antagonisme entre la fièvre intermittente et quelques maladies, telles que

l'ophthalmie de l'armée, la phthisie, la fièvre typhoïde, le squirre, etc. Elle fait l'objet de ce chapitre. Il pense qu'il y a antagonisme entre les fièvres d'accès et l'ophthalmie granuleuse ; il établit que les maladies causées par les marécages n'excluent pas la phthisie tuberculeuse, ni le squirre, du moins dans nos contrées. Quant à la fièvre typhoïde, il laisse la question indécise.

Chap. vii. Dans ce chapitre, qui occupe soixante pages, l'auteur établit d'après un grand nombre de tableaux, que la mortalité dans nos provinces marécageuses, est moins grande qu'elle ne l'est dans telles autres réputées les plus salubres ; que la fécondité y est toutefois moindre, et qu'on y trouve peu de vieillards au-dessus de l'âge de soixante-quinze ans.

Chap. viii. Il contient d'excellentes choses : 1° les marais et les étangs inutiles seront desséchés et livrés à la culture ; 2° les digues seront maintenues en parfait état pour empêcher les inondations ; 3° afin de détruire les cloaques et de prévenir la stagnation des eaux sur les terres et la formation de boues, on pavera les marchés et les rues principales de nos polders ; 4° on facilitera partout l'écoulement des eaux stagnantes ; 5° lorsqu'il faudra dessécher un marais pour en livrer le sol à la culture, on ne fera cette opération que dans la seconde moitié de l'hiver ; 6° dans certains cas, des marais seront complétement submergés et couverts d'une épaisse couche d'eau ; 7° les marais qu'on ne peut pas dessécher, seront entourés d'une épaisse ceinture d'arbres ; 8° toute accumulation de population qui se trouvera sous le vent d'un marais, sera protégée contre l'influence de celui-ci par l'interposition d'une forêt ou par des plantations assez

épaisses ; 9° il sera de la plus haute importance d'empêcher, dans les contrées qui avoisinent la mer et l'embouchure des fleuves, le mélange des eaux douces et de l'eau salée. (L'auteur cite à l'appui de ce précepte, ce que la république de Venise fit en 1741 à Viaregio.) 10° Dans les pays sablonneux (la Campine par exemple), on empêchera la formation des flaques d'eau ; on y parviendra en enlevant, au moyen de quelque instrument, la couche verte qui empêche le sol d'absorber le liquide corrompu ; 11° si l'on construit des canaux et des routes dans la Campine, où elles sont si nécessaires, on utilisera les eaux qui croupissent çà et là, et les défrichements auxquels ces moyens de communications donneront lieu, transformeront ces localités insalubres en bonnes terres labourables.

Plus loin, l'auteur traite des habitations, des forêts, des étangs, du rouissage du chanvre, qu'il faut faire dans des eaux vives et courantes, et indique les précautions à prendre pour éviter les fâcheux effets des émanations des rizières.

En traitant de l'hygiène propre aux habitants des polders, l'auteur préconise une nourriture forte et abondante, ainsi que des repas fréquents. Les étrangers éviteront, autant que leurs affaires le leur permettront, de séjourner dans ces localités, depuis le mois d'août jusqu'au mois de novembre. Ils ne sortiront ni après le coucher du soleil, ni avant son lever, et se conformeront aux coutumes des habitants, qui, avant de s'exposer à l'action du serein, font un bon repas et usent avec modération de boissons alcooliques. On portera de la flanelle sur le corps pour se garantir de l'humidité. On se livrera à des exercices gymnastiques. Il est utile de

prendre des bains froids et de faire filtrer les eaux dont on se sert. Il convient de favoriser les amusements populaires, tels que *Teniers* les a reproduits dans ses admirables toiles, et de faire répandre par les pasteurs les avis qui tendent à faire suivre les lois de l'hygiène.

Les conseils hygiéniques propres aux corps de troupes qui ne stationnent que temporairement dans les pays marécageux, et ceux qui concernent les troupes placées à demeure dans ces localités, sont traités d'une manière supérieure. L'auteur y consacre dix-sept pages. On pourrait faire quelque chose de plus étendu, mais de plus parfait, non. L'auteur a tout observé par lui-même; les détails dans lesquels il entre sur le bataillon de l'Escaut, attestent un observateur profond et instruit.

Chap. ix. Ce chapitre est consacré au traitement de la fièvre des marais, à ses différentes formes, ainsi qu'à l'explication de l'action physiologique et thérapeutique du quinquina et de ses succédanés. La Commission a pensé que ce travail qui comprend vingt-six pages, était tout à fait en dehors de la question.

Le Mémoire contient d'excellents aperçus, de bonnes discussions sur divers points litigieux, des considérations judicieuses, des préceptes utiles et d'intéressantes observations propres à l'auteur. Mais la prolixité du concurrent, la multiplicité des divisions qu'il a adoptées, ses longues et nombreuses citations, les hors-d'œuvre et les répétitions qui se font remarquer dans son travail, l'allongent inutilement, embarrassent sa marche et en rendent parfois la lecture fatigante.

L'auteur paraît avoir étudié plusieurs endroits marécageux du pays; il est cependant à regretter que les observations qu'il a faites personnellement et qui sont

fort nombreuses, n'aient été appliquées qu'à une seule classe d'habitants et spécialement aux militaires.

La question posée par l'Académie n'exigeait ni ce luxe d'érudition, ni ces fréquentes excursions dans les contrées lointaines. La Compagnie désirait une connaissance plus approfondie et plus complète des diverses parties marécageuses de notre pays, des notions plus précises sur leurs habitants et sur les différences qu'ils présentent ; elle demandait enfin un travail d'un intérêt plus local et d'une utilité plus pratique.

Le Mémoire n° 3 porte pour épigraphe :

La nature t'appelle, apprends à l'observer,
La Gaule a des déserts, ose les cultiver :
Elle a des malheureux; un travail nécessaire,
Ce partage de l'homme et son consolateur,
En chassant l'indigence amène le bonheur ;
Change en épis dorés, change en gras pâturages,
Ces ronces, ces roseaux, ces affreux marécages.

VOLTAIRE, *Épître sur l'Agriculture.*

Sur ce rivage
Tout appartient à l'homme et tout est son ouvrage.
Dans ses États peut-être ou dans ceux du Croissant,
Ce pays ne serait qu'un limon croupissant,
Une plage stérile, inculte, inhabitée,
Désert contagieux où la terre infectée
N'offrirait que l'insecte errant sur des roseaux.
Tu vois ce que peut l'homme et ses hardis travaux.
D'un marécage immense il fait des champs fertiles,
Sur ce limon flottant, il affermit les villes,
Et les fleuves domptés, lui prêtant leurs secours,
Apprennent sous sa main à diriger leurs cours.

THOMAS, *le Czar Pierre, Chant de la Hollande.*

L'auteur annonce dans une préface, qu'il a cherché à ramener la question à sa plus simple expression, en rapportant tous les faits sanctionnés par l'expérience et l'observation. Voyons si l'analyse critique confirme

ce qu'il avance. Ce travail contient 332 pages in-folio ; il est divisé en cinq parties, et précédé d'une introduction de quarante pages.

Dans cette introduction, le concurrent fait la description des polders et des marais des différentes contrées du globe. L'influence des marais varie d'après les latitudes. Dans le nord, il y a de vastes terrains recouverts d'eaux stagnantes, mais les agents marécageux y sont rendus inertes par suite du froid.

Dans la Guinée, au contraire, au Sénégal, au Bengale, à Sumatra, dans l'île de Cayenne, à la Guiane, à la Jamaïque, dans la Caroline, la chaleur de l'atmosphère jointe à l'humidité, imprime une grande intensité aux effluves marécageux.

L'Amérique, au moment de sa découverte, n'offrait aux yeux des premiers observateurs, qu'un amas de lacs et de marais, mais depuis l'introduction de la civilisation européenne et des règles de l'hygiène, la constitution médicale s'y est beaucoup améliorée.

Les débordements annuels du Nil forment dans la Basse-Égypte, un grand nombre de marais délétères. L'ophthalmie, la dyssenterie et la peste règnent tour à tour dans cette contrée.

La campagne de Rome, les marais Pontins, les environs de Ferrare, de Ravenne, de Mantoue, la Toscane, les rizières de la Lombardie et du Piémont, l'île de Sardaigne exhalent des gaz nuisibles à l'homme, et leurs populations sont maladives.

En France, les terres de la Sologne, la Camargue, la Brenne, le Forez, la Bresse, les Dombes et la vallée d'Auge sont connues par l'influence de leurs miasmes délétères.

L'auteur entre dans quelques détails historiques sur

les inondations qui ont eu lieu en Hollande. C'est dans l'Overyssel et la Zélande que l'action des émanations terrestres est le plus funeste aux indigènes et plus encore aux étrangers. Le Hollandais résiste cependant assez bien à l'influence de son sol et de son climat; il y acquiert une constitution robuste et y prolonge sa carrière tout aussi longtemps que d'autres peuples qui vivent sous un climat moins humide et sur un sol plus sec et plus élevé. Dans les deux provinces susmentionnées, la phthisie, la fièvre scarlatine, la leucorrhée, les scrofules, le rachitisme, le scorbut, les fièvres intermittentes, le typhus, les affections du foie et de la rate s'observent souvent.

Vient enfin la Belgique. Elle renferme 5,555 hectares d'étangs, 1,237 hectares de marais, 335,247 hectares de terres incultes.

La Flandre occidentale présente une superficie de 328,449 hectares et comprend 279 hectares de marais, 72 3/4 hectares de terres d'alluvion, 3,024 hectares de dunes, 4,577 hectares de bruyères. On constate de fréquentes inondations dans cette province; l'eau y est généralement mauvaise; les terres y contiennent des débris de substances animales et végétales. Les fièvres intermittentes y règnent fréquemment; mais la population s'accroît d'année en année.

Dans la Flandre orientale, le sol a plus d'élévation; il présente 625 hectares de terrains d'alluvion, 1,200 hectares d'étangs et de marais, 936 hectares de bruyères. La population s'élève à 799,428 habitants, c'est 266 habitants par 100 hectares, tandis que dans le département du Nord, le plus peuplé de la France, on ne compte que 191 habitants par kilomètre carré. Les

fièvres intermittentes règnent dans cette province pendant six mois de l'année, mais les vents du nord et de l'ouest ainsi que l'aisance générale des habitants, modifient puissamment l'effet nuisible des miasmes qui se dégagent à ces époques.

La province d'Anvers a 283,310 hectares de superficie, 716 hectares de dunes et anses de mer, 1,398 hectares d'étangs et de mares, 352 hectares de terre d'alluvion, 75,554 hectares de marais, bruyères, broussailles, fanges, terres vagues et tourbières. La vallée de Zegen, près de Lichtaert et de Gheel, ainsi que la vallée de Pottelsgoor sont les endroits les plus malsains de cette province. Les fièvres intermittentes s'y montrent deux fois l'an, au printemps et en automne. Néanmoins la mortalité y est moins forte que dans le Brabant.

Après avoir fourni quelques détails tendant à démontrer l'influence qu'exerce la chaleur sur le développement des maladies épidémiques, l'auteur rappelle la fièvre jaune de Cadix, les fièvres intermittentes de l'île de Walcheren, les fièvres pernicieuses qui en 1826 enlevèrent la douzième partie des habitants de Groningue, et qui toutes se rattachaient à des émanations marécageuses.

Cette introduction très-complète, est faite avec beaucoup de talent et atteste de nombreuses recherches. Tout en fournissant de volumineux détails sur les différents terrains marécageux qui se rencontrent dans les divers pays du globe, l'auteur ne détermine pas avec toute la lucidité désirable, ceux que nous rencontrons dans notre pays et dans les pays limitrophes.

I. La première partie traite des émanations des eaux stagnantes, de leur nature et des circonstances qui diminuent ou aggravent leurs effets sur l'économie.

La nature intime de l'agent morbide des marais et des polders, est encore inconnue, selon quelques-uns. Différentes opinions, dit l'auteur, ont été mises en avant pour arriver à une conclusion satisfaisante; mais celle qui a trait à la formation de certains gaz connus, lui semble la plus propre à satisfaire les exigences scientifiques de l'époque : Volta a trouvé dans les effluves des marais, le gaz hydrogène perphosphoré qu'il nomma air natif des marais. D'autres, après lui, ont admis une décomposition putride des matières organiques mêlées aux terrains marécageux. Baumes parle de différents gaz et attribue à chacun d'eux la production d'une série de maladies. Mais Rigaud de l'Isle et Julia-Fontenelle ont trouvé l'air des marais aussi pur que celui qu'on respire sur les montagnes les plus élevées; telle est aussi l'opinion du savant Thouvenel. Selon Linnée les miasmes marécageux proviennent d'un sol argileux; suivant notre Van Rotterdam, c'est la terre argileuse qui détermine une soustraction de l'oxygène atmosphérique. Daniel et Savi placent la source de l'insalubrité des lieux marécageux, dans le dégagement d'un gaz hydrogène sulfuré et protocarboné. Jorritsma a découvert le gaz hydrogène protocarboné, dans les marais de la Hollande. Morichini a constaté la présence de ce gaz, dans la campagne de Rome, et l'auteur du Mémoire que nous analysons a trouvé le gaz hydrogène sulfuré, dans l'air d'une mare où l'on avait l'habitude de jeter des substances végétales. Selon ce même auteur, c'est à ces derniers agents chimiques qu'il faut rapporter l'influence délétère des marais et des polders : il réfute en passant l'opinion de M. Boudin qui croit à une identité de nature entre la peste et le choléra.

L'automne est favorable à l'action des miasmes, une chaleur modérée augmente la force des émanations; car pendant les fortes élévations de la température, les terrains marécageux se dessèchent et la fermentation putride ne peut s'accomplir; le même phénomène s'observe lors d'une diminution plus ou moins prononcée de la chaleur atmosphérique.

C'est le matin, le soir et la nuit, qu'il est le plus dangereux de s'exposer à l'air des marais.

L'humidité atmosphérique et une certaine élévation de la température, sont les conditions les plus favorables à la formation et au dégagement des effluves marécageux.

La combinaison des eaux douces et de l'eau salée, rend facile la génération des principes délétères. L'état de stagnation de l'air la favorise également. La direction des vents, la présence ou l'absence des forêts ou des montagnes et d'autres circonstances, modifient puissamment l'action de ces effluves.

Cette première partie est très-bien écrite; elle donne un exposé critique et succinct de l'état actuel de la science concernant les fluides gazeux considérés comme cause des fièvres marécageuses. Mais il n'y a rien qui soit propre à l'auteur, tout est emprunté : ôtez ce que les auteurs ont écrit, et il restera fort peu de ces trente-deux pages. La Commission aurait désiré que le concurrent eût mis à profit les ouvrages publiés par les médecins belges sur le même objet, surtout depuis quatre ans.

II. La deuxième partie traite de l'influence des marais sur l'homme et des caractères physiologiques qu'ils impriment à l'habitant des polders.

Ce que l'auteur rapporte du gaz hydrogène phosphoré, qu'il croit exister dans l'air des marais, demanderait, pour pouvoir être admis, de plus grands développements, et ce qui serait mieux encore, des *expériences* directes.

Il parle de l'odeur nauséabonde attachée aux localités marécageuses ; tâche d'expliquer l'influence des marais sur les caractères physiques des habitants et sur les animaux domestiques, et trace avec une grande exactitude de détails, le portrait de l'habitant indigent et celui de l'habitant aisé des polders ; il les compare à ceux des autres provinces et des pays voisins. Ces notions pleines d'un intérêt local, sont évidemment le résultat de recherches directes longtemps suivies par l'auteur. Cette partie est supérieurement traitée.

III. La troisième partie traite des maladies régnantes dans les marais en général, et de celles qui affectent communément l'habitant des polders.

L'auteur examine si l'on peut considérer avec raison, comme cause des accès fébriles, l'altération sanguine qui résulte de l'action de la matière paludéenne, sur l'organisme. Il répond par la négative et croit à la nature nerveuse de la fièvre intermittente, thèse qu'il développe longuement.

Les émanations marécageuses sont-elles identiques ou non ? L'auteur répond négativement.

Les fièvres intermittentes affectent l'espèce humaine, et ne se manifestent pas chez les animaux. Les miasmes marécageux exercent sur ces derniers une influence souvent délétère, mais ils produisent des affections autres que les fièvres intermittentes. Ces fièvres sont toujours accompagnées de débilité. Elles se développent annuellement dans les contrées sujettes à des inondations, là

où il y a des marais ou des polders, des tourbières ou des eaux dormantes. Elles règnent le long des rivières, le long de l'Escaut, par exemple. Le creusement des canaux expose les travailleurs et les habitants des endroits voisins des travaux, à gagner les fièvres. La sixième partie des deux Flandres est périodiquement inondée. Chaque année les eaux couvrent les terrains de Middelbourg, Moerkerke, Lapschuere, Stekene, ainsi que la plupart des communes comprises entre la mer, le Zwyn et les canaux de l'Écluse à Bruges, et de Bruges à Ostende.

Plus loin, il discute la plupart des questions que la doctrine des fièvres intermittentes peut soulever; il s'étend longuement sur leur traitement, et trop longuement sur l'action intime des médicaments.

Il réfute l'antagonisme que M. Boudin a imaginé exister entre la phthisie et les fièvres d'accès.

Voici les maladies propres aux polders : la phthisie, la fièvre typhoïde que les émanations marécageuses n'excluent pas; les affections scorbutiques que la plupart des auteurs disent endémiques en Belgique et en Hollande; les hydropisies, l'embarras gastrique, les névroses, les névralgies, les scrofules et le rachitisme qui sont des affections pour ainsi dire endémiques; la leucorrhée, la chlorose, les engorgements glandulaires, les affections hémorroïdales, les varices, les ulcères aux jambes, le catarrhe nasal, l'angine, l'amygdalite, l'otite, l'ophthalmie, les affections vermineuses, les hernies, les abcès, les affections calculeuses, la céphalalgie nerveuse; la coqueluche, le croup, la méningite ainsi que les fièvres exanthématiques chez les enfants.

Cette partie contient de bonnes discussions, condui-

tes avec méthode et pleines d'intérêt. Nous y avons remarqué des répétitions. L'auteur glisse trop légèrement sur les scrofules, bien que dans quelques endroits de son Mémoire, il considère ces affections comme devant appartenir aux lieux marécageux. Or, la question grave que soulève l'étude des maladies scrofuleuses, dans leurs rapports avec ces influences locales, était digne, à tous égards, de fixer son attention; car, tandis que les maladies strumeuses semblent acquérir un développement considérable, le long des localités avoisinant nos côtes maritimes et la frontière de Zélande, surtout à Éverghem, Somerghem, Waerschoot, Éecloo, Maldeghem, des praticiens n'accordent pas aux miasmes marécageux une influence réelle sur leur développement : elles proviendraient toujours, dans leur manière de voir, d'autres sources, de l'hérédité surtout. Ces observations sont applicables à la phthisie, au rachitisme, et à d'autres affections très-fréquentes en Hollande, au dire même de l'auteur, mais à l'égard desquelles il n'entre dans aucun détail.

Le scorbut est rangé par lui au nombre des maladies propres aux marais; mais il aurait dû prouver l'influence d'un air chargé de miasmes sur le développement de cette affection, tandis qu'elle semble se rattacher plus directement à d'autres causes, et surtout à un régime alimentaire spécial. Dans le doute, l'auteur aurait dû, croyons-nous, discuter la question. L'influence qu'exercent les miasmes marécageux sur les voies gastriques, a été traitée par lui d'une manière incomplète, et cependant plusieurs auteurs ont dirigé leur attention sur le fâcheux effet qu'exercent les miasmes sur les fonc-

tions du tube digestif. Ce que l'auteur dit de la dyssenterie, ne répond pas à l'importance que cette maladie peut offrir, considérée dans ses rapports avec la question proposée.

IV. Le concurrent traite dans la quatrième partie, de la question de la longévité de l'habitant de nos provinces marécageuses. Il ne néglige pas l'étude des causes étrangères aux influences des localités. Il prouve par trente-trois tableaux statistiques, tant pour la Hollande que pour la Belgique, qu'à de rares exceptions près, les naissances l'emportent chaque année sur les décès, que la vie est plus longue en général, dans les polders, et que l'on y rencontre même un assez grand nombre de vieillards.

Les considérations par lesquelles l'auteur débute dans cette partie, ne sont que la répétition de ce qu'il a déjà redit plus d'une fois. Ces tableaux statistiques sont plus complets que ceux du Mémoire n° 2, mais ils nous paraissent trop nombreux.

V. Enfin, la cinquième partie est consacrée à l'exposé des moyens propres à paralyser l'action pernicieuse des marais sur la santé des hommes et de garantir ceux-ci de leur influence. L'auteur étudie les causes de l'insalubrité des villes et des diverses contrées du continent pendant le moyen âge : il jette un coup d'œil sur les épidémies qui les ont désolées à cette époque, et il énumère les améliorations successives qu'a subies l'hygiène des peuples. Ces considérations le conduisent à montrer ce qui reste encore à faire, et rentrant plus spécialement dans la question qu'il a à examiner, il traite de l'assèchement et du comblement des marais, de la disposition des habitations, de la manière de se nourrir et de se

vêtir ; il entre, en un mot, dans tous les détails d'hygiène publique et privée à observer dans les pays marécageux.

Les mesures indiquées par l'auteur sont bonnes ; elles sont tracées avec lucidité. Néanmoins il y a une lacune importante : l'hygiène militaire concernant les hommes cantonnés dans nos polders, y est totalement oubliée ; il a également omis de parler de celle des jeunes sujets, depuis la naissance jusqu'à l'âge de sept ans ; celle des nourrices, des femmes enceintes et des femmes en couche n'y figure pas davantage. Ce que le Gouvernement doit faire pour améliorer les bruyères est totalement négligé ; ce point méritait cependant une attention spéciale.

L'ensemble de ce Mémoire est bon ; le style en est clair, coulant et soutenu, sauf quelques passages où il devient emphatique et prétentieux. En le lisant, on aperçoit aisément que l'auteur aurait pu faire mieux ; il lui eût suffi pour cela de traiter quelques parties avec plus de soins et de développements, de retrancher quelques considérations secondaires ainsi que quelques redites, et de baser ce qu'il avance, sur des observations, personnelles autant que possible, et propres à nos contrées marécageuses.

En résumé, nous n'avons pas trouvé dans les Mémoires soumis à notre examen, de ces notions qui annoncent un progrès réel. Ce que les auteurs rapportent, consiste en des considérations déjà enregistrées dans la science.

D'un commun accord, votre Commission ne croit pas devoir accorder le prix de 1,200 francs, à aucun des trois Mémoires ; mais, eu égard aux nombreuses recherches que renferment les Mémoires n°s 2 et 3, re-

cherches qu'on lit avec une véritable satisfaction, quoiqu'elles ne se rapportent pas toujours au but exprimé dans la question, nous croyons qu'il y a lieu d'accorder à leurs auteurs une rémunération. Il conviendra aussi de leur faciliter le moyen de compléter leurs travaux; et comme il s'agit d'une question qui se rattache intimement aux influences de notre sol, l'Académie ne peut laisser échapper l'occasion de provoquer la solution complète d'un point de science qui jusqu'à ce jour n'a pas encore été examiné par les médecins du pays, avec tout le soin désirable. A cet effet, la Commission a l'honneur de soumettre à votre sanction, les propositions suivantes :

1° Aucun des trois Mémoires envoyés en réponse à la première question proposée pour le concours de 1845, n'ayant donné une solution complète, l'Académie n'accorde pas le prix de 1,200 francs;

2° Néanmoins les auteurs du Mémoire n° 2, portant pour épigraphe : *Le marais paresseux*, etc., et du Mémoire n° 3, ayant pour devise : *La nature t'appelle, apprends à l'observer*, etc., s'étant livrés à de nombreuses recherches, méritent chacun une médaille en or, de la valeur de 300 francs ;

3° La question sur l'influence des polders et des marais sera remise au concours pour 1847.

—Après avoir successivement entendu MM. Raikem, Broeckx, François, Fallot, Lombard, Lebeau, De Mersseman et De Lavacherie, l'Académie adopte ces diverses conclusions.

— M. le Président : La parole est à M. Craninx, pour donner lecture du rapport qu'il a rédigé, au nom de

la Commission (1) chargée de l'examen des Mémoires envoyés en réponse à la deuxième question.

— M. Craninx : Messieurs, l'injuste oubli où étaient tombées les maladies dans lesquelles les humeurs de l'économie jouent un rôle des plus importants, et les résultats nombreux et intéressants auxquels avaient conduit les recherches expérimentales de MM. Foedish, Lecanu, Andral et Gavarret, etc., engagèrent l'Académie, à proposer aux praticiens, comme sujet de prix pour l'année 1843, la question suivante :

« Faites l'histoire de la chlorose et de l'anémie; établissez par des faits cliniques, et, autant que possible, par des expériences et des analyses chimiques, les caractères pathognomoniques et différentiels de ces maladies, ainsi que les symptômes qui les distinguent des affections organiques ou dynamiques qui peuvent les simuler. »

Aucun Mémoire ne parvint à la Compagnie.

L'Académie pénétrée de l'importance du sujet, mue par le désir de satisfaire à un besoin de la science, résolut de représenter la question au concours de 1844, bien que la solution en parût pleine de difficultés.

Un seul Mémoire lui fut adressé. Il portait pour épigraphe : *Là où l'anatomie ne découvre plus d'altération, la chimie nous en montre* (Andral).

L'Académie jugeant que ce travail, dépourvu de tout esprit de critique et incomplet, en ce que plusieurs points n'étaient pas traités avec tout le développement

---

(1) Cette Commission est composée de MM. Fallot, François, Martens, Raikem, et Craninx, rapporteur.

que comportait l'état actuel de la science, décida que la question serait représentée au concours de 1845.

Nous devons nous féliciter d'avoir fait ce dernier appel aux praticiens, car si, comme nous le verrons, le but du concours n'a pas été entièrement atteint, si les concurrents qui sont entrés dans la lice, n'ont pas pleinement répondu à l'attente de l'Académie, nous pouvons cependant dire, que les travaux remarquables qui lui sont parvenus, ont éclairci différents points encore obscurs de la question et ont rendu à la science des services éminents qui nous paraissent à tous égards dignes de récompense.

Six Mémoires sont parvenus à l'Académie. Les cinq premiers portent pour épigraphes :

Le n° 1 : Occasio præceps (Hipp.);

Le n° 2 : Omnis argumentatio vana nisi experientiâ confirmatur ;

Le n° 3 : Observationes sunt vera fundamenta ex quibus in arte medicâ veritates elici possunt ;

Le n° 4 : Pour moi, découvrir quelqu'une des choses qui n'ont pas été découvertes, et qui, découverte, vaut mieux que si elle ne l'était pas, comme aussi porter à son dernier terme une découverte qui n'est qu'ébauchée, me semble un but et une œuvre d'intelligence (Hipp. trad. de d'Aremberg.);

Le n° 5 : Si desint vires, tamen est laudanda voluntas.

L'auteur du sixième Mémoire n'ayant envoyé son travail que vingt jours après l'expiration du terme fixé, s'est placé dans l'exclusion que le règlement prononce en pareil cas.

Avant de passer à l'analyse des Mémoires admis au concours, nous croyons devoir rappeler l'esprit dans lequel la question a été posée, et le but que l'Académie avait en vue, en la formulant ainsi qu'elle l'a fait.

La Compagnie demanait que l'on fît une histoire complète de la chlorose et de l'anémie, que l'on fît ressortir par de faits cliniques et par des analyses chimiques, les analogies et les différences qui existent entre ces maladies, et surtout que l'on établît avec soin les données qui servent à les distinguer des nombreuses affections tant organiques que vitales avec lesquelles il est si aisé de les confondre. Le diagnostic et le diagnostic différentiel de ces affections constituant le côté essentiellement pratique de la question, c'est surtout cette partie que l'Académie désirait voir traiter d'une manière complète. Qui ne sait en effet combien ce point de l'histoire de ces maladies est généralement négligé, combien les erreurs sont fréquentes et faciles, combien il faut d'attention et de sagacité pour les éviter, et à quels fâcheux résultats elles conduisent nécessairement en pratique!

Combien n'est-il pas d'affections qui ressemblent sous tant de rapports à l'anémie et à la chlorose, et qui exigent cependant un traitement directement opposé à celui que l'on dirige avec tant de succès contre ces dernières maladies!

Le Mémoire n° 1, portant pour épigraphe : *Occasio præceps* (Hipp.), est une ébauche tellement incomplète de la question proposée, que l'on s'étonne de la hardiesse de l'auteur qui a osé se présenter au combat avec de si faibles armes.

L'auteur du Mémoire n° 2, avec l'épigraphe : *Omnis argumentatio vana nisi experientiâ confirmatur*, ne nous paraît pas avoir mieux saisi l'esprit de la question. Aussi ne satisfait-il à aucun de ses termes, et croyons-nous inutile de faire une analyse détaillée de son travail. Le concurrent s'est livré à des discussions

fort longues qui ne sont pas dépourvues de quelque intérêt, mais qui sont tout à fait étrangères au sujet, et dont il ne fait du reste aucune application à la pathologie. Ses idées sont d'ailleurs exposées avec peu de clarté et de méthode.

Le Mémoire n° 3, *Observationes sunt,* etc., traite spécialement de la chlorose, et ce n'est, pour ainsi dire, qu'en passant qu'il y est question de l'anémie. Après quelques considérations préliminaires, l'auteur passe en revue les différents synonymes sous lesquels la chlorose se trouve définie dans les écrits des divers temps.

Il la divise en chlorose idiopathique simple, chlorose compliquée et chlorose symptomatique.

1° *Chlorose idiopathique simple.* Après avoir exposé les causes prédisposantes et occasionnelles qui donnent lieu à cette forme de la maladie, l'auteur trace un tableau assez fidèle de ses symptômes, en les étudiant successivement dans les différents appareils de l'économie.

2° *Chlorose compliquée.* Les complications que l'auteur dit avoir le plus souvent observées sont « la gastrite, les névralgies, la fièvre intermittente, l'hystérie, les hémorragies succédanées et enfin la myélite chronique. » Bien que la plupart de ces complications aient déjà été signalées, il est cependant vrai de dire que l'auteur est le premier qui fixe d'une manière spéciale l'attention des praticiens sur la coïncidence fréquente de la douleur dans la colonne vertébrale et de la chlorose, ou ce qu'il appelle une myélite chronique. Selon lui cette complication est assez commune dans la localité où il exerce, pour que sur une population de quatre mille âmes, plus de soixante femmes lui en aient fourni des

exemples. L'allaitement prolongé chez les femmes faibles est, d'après lui, la cause principale de la myélite chronique, au développement de laquelle prédisposent du reste toutes les causes débilitantes. Nous reproduirons les principaux symptômes sur lesquels l'auteur fonde son diagnostic.

« Il existe, dit-il, chez ces femmes, une douleur locale sur un des points de la colonne vertébrale, cette douleur augmente par la pression et surtout par l'application de l'eau chaude; elle siége le plus souvent dans la région dorsale, quoiqu'elle occupe aussi quelquefois les régions cervicale et lombaire. » Les membres inférieurs sont souvent le siége de désordres fonctionnels que l'auteur rapporte à la maladie de la moelle épinière; ces désordres varient depuis la simple faiblesse jusqu'à la paralysie plus ou moins complète. La plupart des femmes accusent des douleurs dans différentes parties du corps, par exemple le ventre, la poitrine, le cou, la plante des pieds, la paume des mains et surtout les yeux, ainsi que des contractures aux mains et aux pieds.

Dans un seul cas cité, l'excrétion des fèces et des urines était gênée.

Lorsque la maladie est ancienne et que les symptômes chlorotiques sont très-prononcés, le pronostic est très-grave et le mal souvent au-dessus des ressources de l'art.

Nous sommes cependant étonné de voir que la maladie se termine si rarement d'une manière funeste; cette terminaison ne devrait-elle pas être plus fréquente, si les faits que cite l'auteur avaient réellement trait à une inflammation chronique de la moelle?

Il donne ensuite un court aperçu sur l'anatomie pa-

thologique de la chlorose, et sur la modification que le sang subit dans cette maladie.

Le diagnostic et le diagnostic différentiel laissent beaucoup à désirer.

Après avoir fait connaître le traitement de la chlorose simple, l'auteur expose les modifications qu'il importe de faire subir à ce traitement en raison des complications qui peuvent se présenter. Nous fixerons seulement votre attention sur les moyens qu'il dit avoir opposés avec succès à la chlorose compliquée de myélite.

« Il convient dans ce cas, dit-il, d'ajouter des remèdes externes au traitement général de la chlorose. » Parmi ces remèdes il préconise surtout les vésicatoires, les emplâtres de poix de Bourgogne saupoudrés de tartre émétique, que l'on applique sur les points douloureux du rachis. L'auteur rapporte des faits dans lesquels l'amélioration ne s'est manifestée qu'à partir du moment où l'on a associé ces moyens à l'usage des ferrugineux.

Il rapporte, sans critique, les différentes idées et hypothèses qui ont été tour à tour émises sur la nature de la chlorose ; il formule son opinion en disant qu'elle est une névralgie de la moelle épinière.

Cette théorie nous paraît tout à fait inadmissible : les arguments avancés à l'appui sont confus et sans valeur, les observations dont elle est déduite mal interprétées ; en un mot, elle n'est justifiée ni par le raisonnement ni par l'observation clinique.

3° *Chlorose symptomatique.* L'auteur donne à tort d'après nous, le nom de chlorose à cet affaiblissement général qui survient dans le cours de la phthisie, et qui peut, en définitive, survenir à une certaine époque, dans le cours de toutes les maladies chroniques.

L'anémie ne constitue pour lui qu'une chlorose symptomatique produite par des causes très-diverses, mais toujours appréciables et dont il s'occupe à peine.

Les caractères différentiels qu'il assigne à la chlorose et à l'anémie, ne peuvent en aucune manière servir à les distinguer l'une de l'autre; quant au fond, ces caractères portent uniquement sur les causes de ces maladies.

Le style de ce Mémoire est peu correct.

Mémoire n° 4, *Pour moi découvrir,* etc. Il est à regretter que les auteurs de ce Mémoire aient mal copié et mal compris la question proposée.

Ils écrivent caractères *pathogéniques* au lieu de *pathognomoniques;* maladies organiques *adynamiques* au lieu de maladies organiques ou *dynamiques.*

Cette négligence fait, comme nous le verrons plus tard, qu'ils ne satisfont que peu ou même point à l'un des termes les plus importants de la question.

Après quelques considérations sur les difficultés dont l'étude de l'anémie et de la chlorose est environnée, ils donnent la définition de ces maladies. Ils exposent ensuite séparément l'histoire de l'anémie et de la chlorose, et terminent par l'exposé des rapports que ces deux états peuvent présenter entre eux. Ils font enfin le résumé de leur travail, résumé qu'ils donnent sous la forme de propositions.

Ils appellent anémie deux états pathologiques bien distincts, mais qui cependant sont souvent combinés. L'un consiste dans la diminution de la quantité du sang normalement contenue dans l'organisme (anémie par diminution de la masse du sang); l'autre est l'expression par laquelle on désigne la diminution de

la proportion des globules du sang (anémie par diminution de la proportion des globules).

Ces deux états pathologiques sont, d'après eux, deux états symptomatiques qui peuvent se montrer à la suite de causes très-différentes, mais qui ne constituent jamais la maladie tout entière et jamais ne la précèdent : ce sont des conséquences et non des causes de maladies.

Fr. Hoffmann avait défini la chlorose, une maladie caractérisée par un changement survenu dans toute l'habitude extérieure du corps, par la coloration blanche, verdâtre ou jaune de la face, l'altération des humeurs, le trouble de la circulation et de la menstruation, par des accidents nerveux, l'atonie des viscères et une prostration plus ou moins marquée.

Les auteurs acceptent cette définition, en remplaçant l'expression *altération des humeurs* par les mots *diminution presque constante de la proportion des globules du sang*.

Ils assignent des symptômes propres à l'anémie par diminution de la masse du sang, mais ces caractères ne nous paraissent pas suffisants pour faire reconnaître cet état dont l'existence n'est même pas démontrée.

L'anémie par diminution de la proportion des globules sanguins est étudiée avec le plus grand soin.

Les auteurs font connaître, d'après les recherches de MM. Becquerel et Rodier (ou d'après leurs propres recherches), les altérations que le sang éprouve tant sous le rapport de ses qualités physiques que sous celui de ses qualités chimiques. Ils passent en revue les causes physiologiques et morbides qui donnent naissance à cette anémie, et font ensuite une description détaillée des symptômes qui la font reconnaître.

Ils admettent trois degrés d'anémie :

Premier degré : Anémie légère, déterminée par une diminution peu considérable des globules (nombre compris entre 110 et 90);

Deuxième degré : Anémie médiocre déterminée par une diminution des globules (nombre pouvant être classé entre 60 et 90);

Troisième degré : Anémie profonde, intense, déterminée par une diminution des globules pouvant être comprise entre 60 et 28, dernière limite trouvée dans un seul cas par M. Andral.

Si cette division est justifiée, jusqu'à un certain point, par l'observation chimique, nous ne pensons pas qu'il en soit de même de celle que les auteurs établissent, en envisageant la diminution des globules sous le rapport de la quantité du sang contenu dans l'appareil circulatoire. Ainsi ils assignent des caractères spéciaux :

A la diminution des globules du sang, la masse totale du sang restant en quantité à peu près normale;

A la diminution des globules avec augmentation de la masse du sang;

A la diminution de la proportion des globules et appauvrissement de la masse du sang.

Pour appuyer les signes diagnostiques qu'ils indiquent, ils ne s'appuient du reste sur aucune observation.

Ils terminent l'histoire de l'anémie en exposant le diagnostic et le traitement de cette affection.

L'anémie des mineurs est complétement passée sous silence.

L'anémie ou plutôt la diminution de la proportion des globules du sang est un état symptomatique qui sur-

vient dans une foule de circonstances différentes et se présente avec des caractères extérieurs presque toujours semblables. La chlorose, au contraire, est un état morbide complexe dans lequel on observe presque toujours, à la vérité, une diminution de proportion des globules, mais qui n'est qu'un élément important de la maladie, et ne constitue pas toute la maladie.

De deux faits isolés, qui sont propres aux auteurs, et dans lesquels ils ont analysé le sang, ils concluent que la chlorose peut exister en l'absence d'altération du sang, et que, lorsque cette altération se montre, elle doit être considérée comme un effet de la maladie. Ils font connaître aussi, dans un tableau annexé à leur Mémoire, les résultats auxquels les ont conduits les analyses du sang chez six chlorotiques.

Il résulte de ces analyses que chez la grande majorité des chlorotiques, il existe une modification des divers principes du sang, et que cette modification est tout à fait analogue à celle qu'on observe chez les anémiques.

Vient ensuite l'examen des causes et des symptômes de la chlorose.

Les auteurs admettent avec quelques écrivains modernes, plusieurs variétés ou formes de chlorose, basées sur la prédominance des symptômes fournis par les différents appareils de l'économie. Ils étudient ensuite les complications, le pronostic et les terminaisons de la maladie, et résument en quelques préceptes généraux, le traitement qui lui est applicable.

Un des points principalement recommandés par le programme, est presque complétement négligé dans ce

Mémoire : nous voulons parler du diagnostic différentiel de l'anémie et de la chlorose, avec les maladies organiques ou dynamiques que l'on peut confondre avec elles. Ce ne serait guère, d'après eux, qu'avec l'hypertrophie du cœur, simple ou compliquée d'une lésion des valvules, que l'on pourrait confondre l'anémie. Dans leurs résumés et dans leurs conclusions, les auteurs cherchent à établir, dans un tableau comparatif les caractères différentiels de l'anémie et de la chlorose, mais après avoir examiné et pesé les arguments qu'ils font valoir en faveur de leur opinion, nous sommes obligé de dire qu'aucun d'eux ne légitime leur manière de voir et n'est susceptible de la faire partager. Les différences qu'ils trouvent entre ces maladies, portent sur les causes qui les produisent, sur quelques symptômes particuliers et de peu de valeur, sur la fréquence des complications dans l'anémie, et sur quelques particularités insignifiantes relatives au traitement. Un reproche fondé que l'on peut encore leur adresser, c'est qu'ils n'ont consigné dans leur travail aucune observation propre à éclairer les différents points de l'histoire de ces maladies.

Les deux seules observations qu'ils rapportent, sont là pour faire croire que la chlorose peut exister en l'absence d'altérations du sang.

En mettant de côté les défauts que nous avons signalés, nous nous plaisons à reconnaître que ce Mémoire est le travail d'hommes au courant de la science. Le style ne manque ni de précision ni de facilité.

Il nous a donc paru digne d'un témoignage d'encouragement. Ici néanmoins nous croyons devoir faire part à l'Académie, ainsi que nous l'avions déjà fait à la Commission, d'un scrupule que sa lecture a soulevé chez plu-

sieurs membres. Le 18 novembre 1844, MM. les docteurs Becquerel et Rodier ont présenté à l'Académie des sciences à Paris, des recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie. Une lecture attentive de ce travail, nous a rendu à peu près certain que ces Messieurs sont les auteurs du Mémoire n° 4. Voici les raisons sur lesquelles nous nous fondons :

1° Deux auteurs pour l'un et l'autre Mémoire;

2° Même épigraphe;

3° Les tableaux d'analyse du sang présentés dans le courant du Mémoire, sont extraits de celui de MM. Becquerel et Rodier ;

4° A la troisième page de la septième feuille, les auteurs disent : « Nous allons présenter l'analyse de deux faits bien curieux *qu'il nous a été donné d'observer,* et dans lesquels l'*analyse du sang faite par nous avec le plus grand soin, n'a démontré aucune altération.* » Or, ces deux faits se trouvent textuellement à la page 93 du Mémoire de MM. Becquerel et Rodier ;

5° A la page première de la huitième feuille, les auteurs disent : « Les six femmes atteintes de chlorose bien caractérisée étaient âgées de dix-sept ans, etc. » Mêmes réflexions que pour le fait précédent... Cela est copié mot pour mot de la page 91 de leurs *Recherches sur le sang ;*

6° Les auteurs ont ajouté à leur travail deux tableaux d'analyse du sang, l'un dans vingt-huit cas d'anémies symptomatiques et consécutives, et l'autre dans huit cas de chlorose. Ces tableaux sont exactement calqués sur la forme adoptée par MM. Becquerel et Rodier.

De ce qui précède nous concluons que les deux Mémoi-

res sont faits par les mêmes auteurs. Nous ne provoquerons pas de discussion sur le point de savoir si un auteur a le droit d'employer dans un second travail, les matériaux dont il a fait usage dans un travail antérieur ; mais dans les règlements des concours académiques, il est expressément défendu aux concurrents de se faire connaître d'avance sous peine de se voir exclus du concours. Nous demandons si telle n'est pas la position dans laquelle se sont placés volontairement, les auteurs du Mémoire n° 4. Ces Messieurs auraient-ils supposé que les membres de l'Académie de Belgique n'étaient pas assez au courant de la science, pour ne pas connaître le travail de MM. Becquerel et Rodier ? Enfin la Commission n'avait-elle pas à craindre de se voir blâmée par l'Académie, si elle ne lui communiquait pas les scrupules consciencieux que la question soulève ?

Le Mémoire n° 5, qui porte pour épigraphe : *Si desint vires*, est divisé en trois parties, et l'auteur fait connaître dans un avant-propos la manière dont il a envisagé la question proposée par l'Académie, et la marche qu'il a suivie dans sa réponse.

Dans la première partie, après avoir esquissé l'historique de l'anémie et de la chlorose, il traite de l'anémie considérée d'une manière générale et indépendante des causes qui la produisent, tout en indiquant les caractères spéciaux qu'elle présente en raison de quelques circonstances étiologiques. Il étudie ensuite quelques formes particulières d'anémies, et s'appesantit surtout sur l'anémie des mineurs, sans rapporter cependant tout ce qui a été observé en Belgique à cet égard.

Dans la deuxième partie, il s'occupe de la chlorose et de ses variétés.

Dans la troisième, il se livre à l'examen critique et comparatif des causes de l'anémie et de la chlorose.

Puis il discute cette question : Peut-on dans l'état actuel de la science établir une différence capitale entre l'anémie et la chlorose?

Après cela, il établit les données générales qui servent à asseoir le diagnostic de l'anémie et de la chlorose, et fait ressortir les différences qui séparent ces maladies, des nombreuses affections organiques et dynamiques avec lesquelles on peut les confondre.

Enfin vient l'appréciation des doctrines qui ont été proposées sur la nature des maladies en question, et l'indication du traitement qu'on leur oppose avec le plus d'avantage. Tel est le plan général de l'ouvrage. L'auteur envisage l'anémie comme une maladie générale bien distincte, et que l'on essaierait vainement de faire disparaître des cadres nosologiques. Il la divise en idiopathique ou primitive, en symptomatique et en consécutive. Cette division est pleinement justifiée par l'observation clinique. Le tableau de l'anémie, qu'il trace en passant en revue les phénomènes fournis par les différents appareils et organes de l'économie, est aussi complet que juste.

L'auteur termine la symptomatologie de l'anémie par une remarque fort judicieuse. « L'anémie, dit-il, peut se montrer sous une forme cachée, et un grand nombre d'affections diverses par leur nature et par leur siége, et dont encore de nos jours la nature et l'origine sont peu connues, se rattachent à un état anémique dont les symptômes objectifs sont peu manifestes, et qui par cela même est souvent méconnu par les praticiens qui, dirigeant leur traitement contre la maladie ou le symptôme évi-

dent, en négligent la cause, c'est-à-dire, la cause première dont celle-ci n'est qu'un mode de manifestation. »

Après avoir fait connaître la marche, les terminaisons et le pronostic de l'anémie, l'auteur traite des formes particulières de cette maladie. Il ne croit pas à la possibilité de distinguer, au lit du malade, l'anémie proprement dite de l'hydrohémie. Il étudie avec détail et avec soin cette forme particulière d'anémie qui s'est montrée d'une manière épidémique parmi les ouvriers mineurs de Schemnitz en Hongrie et parmi ceux d'Anzain, dont Hoffinger et Hallé nous ont conservé l'histoire. Cette étude lui fournit des données propres à appuyer l'opinion qu'il émet sur la nature de l'anémie et de la chlorose.

L'auteur décrit ensuite la synonymie, les symptômes, la marche, les terminaisons, les complications, les différentes formes, le pronostic de la chlorose. Il cherche à faire de la chlorose une maladie à part dont les caractères sont nets et tranchés, et à la séparer des maladies qui lui ressemblent à certains égards.

Il appuie les opinions qu'il émet et celles qu'il emprunte aux auteurs, sur des observations concluantes et puisées aux meilleures sources.

Il étudie alors comparativement l'anatomie pathologique de la chlorose et de l'anémie, et conclut que l'une et l'autre peuvent exister en l'absence de caractères anatomiques dans les solides, et que dans ce cas, la seule altération que l'on trouve est celle du sang. Des recherches expérimentales que l'on a faites sur le sang et qu'il rapporte avec tout le développement nécessaire, il résulte que dans l'une comme dans l'autre maladie, les altérations que ce liquide éprouve, sont identiques.

Dans l'exposé des causes, l'auteur prouve jusqu'à l'évidence et par le raisonnement, et par des observations irrécusables, que l'anémie peut exister comme maladie essentielle, primitive, et réfute ainsi d'une manière péremptoire l'opinion de ceux qui ne veulent y voir qu'un état symptomatique, qu'un effet de maladie.

Il rapporte également des observations d'anémie symptomatique et consécutive, et justifie ainsi pleinement la triple division qu'il a admise au commencement de son travail.

Répondant ensuite à cette question : Peut-on établir une différence capitale essentielle entre la chlorose et l'anémie ? il démontre :

1° Qu'il est impossible d'établir cette différence ;

2° Que l'on peut tout au plus, en raison de quelques nuances de formes, considérer la chlorose et l'anémie comme des variétés de la même maladie générale, et il réfute ainsi d'une manière qui nous a paru victorieuse, les opinions contraires de ses compétiteurs.

En effet, les symptômes caractéristiques de l'anémie idiopathique et ceux de la chlorose sont : la pâleur, la décoloration des téguments extérieurs et des muqueuses visibles ; les nuances diverses de la peau depuis la simple décoloration jusqu'aux teintes jaunâtre, verdâtre et terreuse ; l'affaissement des veines sous-cutanées ; la disparition des réseaux vasculaires ; la faiblesse générale plus ou moins marquée ; des suffusions séreuses plus ou moins étendues ; la difficulté des mouvements, les palpitations de cœur ; l'essoufflement à la suite du moindre exercice ; les bruits anormaux du cœur et des gros vaisseaux ; des troubles divers des fonctions du système nerveux, des organes digestifs, circulatoires

et de la génération, qui se montrent dans l'une comme dans l'autre maladie, *sans fièvre* et sans que l'on puisse les rapporter à aucune altération organique appréciable par nos moyens d'investigation.

Si ces symptômes se présentent en plus ou moins grand nombre chez une femme qui a été soumise à l'influence de causes débilitantes, ils constituent, pour la plupart des praticiens, un cas non douteux de chlorose; si, au contraire, ils se montrent chez un homme qui a été placé dans des conditions étiologiques tout à fait semblables, ils constituent, pour les uns, un cas d'anémie idiopathique, pour les autres, un cas de chlorose. C'est ce que l'on observe tous les jours dans la pratique, et ce qui prouve combien il est difficile de distinguer ces maladies l'une de l'autre.

Les caractères anatomiques sont nuls dans la chlorose comme dans l'anémie; la seule altération constante est celle du sang.

Or, il est prouvé par les recherches nombreuses de MM. Andral et Gavarret, que l'altération de ce liquide est tout à fait identique dans ces maladies. Les deux faits isolés que rapportent, dans leur Mémoire à l'Académie des sciences de Paris, MM. Becquerel et Rodier, et d'où il semblerait résulter que la chlorose peut exister en l'absence de l'altération du sang, ne paraissent pas à l'auteur, pouvoir infirmer les résultats si constants et si nombreux annoncés par MM. Andral et Gavarret.

Les mêmes causes donnent lieu à l'anémie et à la chlorose. Ainsi on voit apparaître l'une et l'autre à la suite d'une alimentation insuffisante ou de mauvaise nature, de la respiration d'un air peu propre à l'hématose, d'af-

fections morales tristes, etc. L'anémie peut se montrer comme la chlorose, alors que l'investigation la plus minutieuse ne décèle aucune altération organique, sans qu'on puisse la rattacher à des hémorragies ou à des évacuations excessives, sans qu'on puisse même remonter à la cause qui l'a produite.

L'auteur rapporte plusieurs faits qui mettent cette proposition hors de doute.

Le traitement de l'anémie comme celui de la chlorose comprend deux ordres de moyens : 1° hygiéniques, 2° pharmaceutiques. Le médicament héroïque dans l'un et l'autre cas, est le *fer*. Il existe donc, dit l'auteur, entre la chlorose et l'anémie :

Analogie parfaite de symptômes ; similitude complète de caractères anatomiques, de données fournies par les expériences, les analyses chimiques et les observations cliniques ; identité de causes ; efficacité du même traitement.

La prédominance des phénomènes nerveux dans la chlorose, et la circonstance que la cause de cette affection nous échappe plus souvent que celle de l'anémie suffisent, tout au plus, pour faire envisager ces maladies comme des variétés de la même affection générale.

L'auteur s'est appesanti, d'une manière toute spéciale, sur la question du diagnostic et du diagnostic différentiel. C'est surtout ici qu'il nous paraît avoir fait preuve de connaissances exactes et approfondies et qu'il a acquis une supériorité incontestable sur tous ses concurrents. Il établit d'abord les données générales qui servent à asseoir le diagnostic de l'anémie et de la chlorose. Puis il passe en revue les différentes affections organiques et dynamiques qu'on peut confondre avec ces maladies, et

trace d'une manière claire et concise les caractères qui feront éviter cette erreur au praticien.

Après avoir passé en revue et discuté les diverses opinions qui ont été émises sur la nature de ces maladies, l'auteur formule la sienne comme il suit : « Sans vouloir préjuger la nature intime de la chlorose et de l'anémie, nous dirons que ces maladies consistent dans une altération du sang, tantôt primitive, tantôt consécutive. »

Il termine en exposant le traitement, et ce point ne laisse rien à désirer.

Considéré d'une manière absolue, le Mémoire nous paraît être le fruit d'un travail remarquable ; l'auteur a profité avec discernement des travaux de ses devanciers; tout ce qu'on a fait de plus important sur la chlorose et sur l'anémie, y est retracé ; plusieurs points au sujet desquels des doutes s'étaient élevés, y sont éclaircis ; mais envisagé dans ses rapports avec la question posée par l'Académie, il laisse à désirer en ce sens qu'il ne contient ni faits cliniques, ni analyses chimiques propres à l'auteur. Les observations les plus intéressantes que renferme ce travail, ont été puisées dans les recueils et les journaux périodiques ; nous devons cependant dire que l'auteur les a parfaitement adaptées à son sujet, et qu'il a su en tirer un sage parti.

Le chapitre qui traite du diagnostic et du diagnostic différentiel de la chlorose et de l'anémie, nous paraît surtout avoir été traité avec talent.

L'auteur a sur ce point pleinement répondu aux exigences de l'Académie.

Il nous semble avoir entièrement justifié la manière dont il a envisagé ces deux affections. Il démontre jusqu'à l'évidence que l'on ne peut trouver entre elles de différence

essentielle, et qu'on doit les regarder comme des formes différentes de la même maladie, opinion qui avait déjà été émise par M. Valleix et autres.

Nous croyons pouvoir dire, en somme, que si ce Mémoire, d'ailleurs écrit avec beaucoup de correction et de clarté, ne répond pas entièrement au vœu de l'Académie, il a cependant rendu de grands services à la science, et qu'à ce titre, il mérite une récompense : c'est l'avis unanime de la Commission.

— M. le Président : Les résolutions de la Commission, consignées dans les procès-verbaux des séances qu'elle a tenues les 20 août et 20 septembre 1845, portent :

1° Que l'un des Mémoires doit être écarté, comme ayant été reçu postérieurement au 1er juin dernier, époque de la clôture du concours ;

2° Que le prix ne lui semble pas devoir être décerné, aucun des concurrents n'ayant pleinement satisfait aux termes de la question ;

3° Que l'auteur du Mémoire ayant pour épigraphe : *Si desint vires, tamen est laudanda voluntas*, lui paraît digne d'une récompense, qui pourrait consister en une médaille d'or de la valeur de 200 francs ;

4° Qu'elle juge devoir proposer une mention honorable en faveur du Mémoire portant cette devise : *Pour moi, découvrir quelqu'une des choses qui n'ont pas été découvertes, et qui, découverte, vaut mieux que si elle ne l'était pas, comme aussi de porter à son dernier terme une découverte qui n'est qu'ébauchée, me semble un but et une œuvre d'intelligence.*

— MM. Fallot, Craninx, Lebeau, Lutens, Lombard, Raikem, François, Fossion, Seutin et Boulvin

demandent et obtiennent successivement la parole sur le rapport et sur ses conclusions.

Après la clôture de la discussion, l'Assemblée décide :

1° Que le Mémoire arrivé après le terme fixé par le programme des prix, sera soumis à la Commission du concours, constituée en Commission spéciale ;

2° Que le prix ne sera point décerné ;

3° Que le Mémoire ayant pour devise : *Si desint vires,* etc., obtiendra une médaille d'or de la valeur de 200 francs ;

4° Qu'une mention honorable est attachée au Mémoire ayant pour épigraphe : *Pour moi, découvrir quelqu'une des choses,* etc. ;

5° Que ces deux écrits seront publiés dans le recueil de ses Mémoires, si leurs auteurs se font connaître.

V. — QUESTIONS DU CONCOURS.

Il est donné lecture du rapport rédigé par M. Graux, au nom de la Commission (1) chargée de l'examen des questions proposées par les sections de l'Académie, pour le concours de 1847.

Ces questions sont les suivantes :

PREMIÈRE QUESTION.

Première section : « Établir une théorie de la chylose, de la lymphose et de l'hématose, au point de vue de l'analogie que ces trois actes organiques peuvent présenter ;

« Faire connaître les transformations que le chyle, la

---

(1) Cette Commission se composait de M. Vleminckx, président, Brogniez, De Meyer, Martens, Sauveur, Tallois, et Graux rapporteur.

lymphe et le sang subissent, et leurs usages définitifs dans l'économie. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

DEUXIÈME QUESTION.

Troisième section : « Énumérer les divers traitements qui ont été successivement proposés dans les fractures des extrémités; faire ressortir leurs avantages relatifs, et indiquer quels sont les traitements qui doivent obtenir aujourd'hui la préférence. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

TROISIÈME QUESTION.

Cinquième section : « Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine;

« Exposer leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées, et les moyens de reconnaître leurs falsifications. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

QUATRIÈME QUESTION.

Question générale (1) : « Déterminer, par des expériences, les modifications qu'éprouvent l'albumine animale, la fibrine, le sucre, la fécule et la gomme, dans le canal digestif;

« Examiner sous quelle forme ces matières sont absorbées et comment elles se comportent avant et lors de la conversion du chyle en sang. »

L'Académie désire que ce travail soit accompagné

---

(1) Déjà proposée en 1843; voir *Bulletin,* tome II, page 895.

d'une série d'analyses quantitatives des substances provenant des modifications ci-dessus indiquées.

Prix : *Une médaille d'or de 800 francs.*

Ces questions sont successivement mises aux voix et unanimement adoptées.

Les Mémoires, en réponse à ces diverses questions, devront être adressés au secrétariat de la Compagnie, avant le premier avril 1847.

L'Académie décide ensuite qu'elle retire du concours les deux questions suivantes qui ont été proposées en 1843 :

1° « Exposer le mode de formation première (formation embryogénétique), et de développement successif des nerfs dans toute la série animale. »

2° « Faites l'histoire de l'ostéite tuberculeuse, en insistant particulièrement sur son diagnostic, sur sa nature et sur son traitement. »

VI. — NOMINATIONS DE MEMBRES HONORAIRES.

Sur le rapport de la Commission qui a été chargée des présentations à faire pour l'élection de six membres honoraires, ont été nommés :

MM. Andral fils, professeur à la faculté de médecine de Paris ;
Jäger, professeur à Vienne ;
Muller, professeur à l'université de Berlin ;
Nasse, professeur à l'université de Bonn ;
Burdach, professeur à l'université de Kœnigsberg ;
Siebold (von), médecin naturaliste à Amsterdam.

Ces nominations seront soumises à l'agréation du Roi, conformément à l'art. 8 des Statuts organiques de la Compagnie.

VII. — COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

Oesophagotomie *appliquée aux rétrécissements de l'œsophage*, par V. De Lavacherie, membre titulaire.

Le 9 août 1845, assisté de mes collègues, MM. les professeurs Lombard, Simon, Sauveur et Vaust, ainsi que de M. le docteur Dognée, j'ai pratiqué l'œsophagotomie, pour faire pénétrer dans l'estomac une sonde dont l'introduction par les voies naturelles, était devenue impossible.

M. le baron de S..., âgé de soixante-huit ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, demeurant à Beaufays, province de Liége, fut pris tout à coup, pendant son dîner, le 12 août 1844, de violentes quintes de toux, qui l'obligèrent à quitter la table : il venait de s'engouer en mangeant de la viande de veau, qui était cependant découpée en très-petits morceaux. A la toux succédèrent bientôt des efforts considérables de vomissement, et du sang fut rendu avec des aliments non digérés.

A dater de ce moment, M. de S... éprouva de la gêne dans la déglutition; il lui semblait parfois que les aliments s'arrêtaient dans l'œsophage, et qu'ils ne parvenaient qu'insensiblement dans l'estomac; ils l'engouaient même fréquemment, pour peu qu'ils ne fussent pas bien broyés. Bientôt à la gêne, vint se joindre la difficulté d'avaler, et la dysphagie fit des progrès tels qu'à la fin de février, les substances réduites en bouillie ne franchissaient pas toujours l'œsophage. Alors on observa un phénomène qui rare d'abord, devint dans la suite très-

fréquent : à certaines heures du jour, puis à certains jours, les matières ingérées restaient arrêtées dans l'œsophage. Au bout de quelque temps, elles étaient repoussées dans la bouche par des efforts semblables à ceux du vomissement. Il a été démontré plus tard que l'estomac était étranger aux contractions expulsives, et que les substances ingérées venant à être rendues, s'accumulaient dans une poche formée dans l'œsophage au-dessus d'un rétrécissement de ce conduit situé au niveau du bord supérieur du sternum. Un phénomène plus bizarre encore ne tarda pas à se faire remarquer : certains liquides franchissaient l'obstacle, mieux un jour que l'autre, sans que l'on ait jamais pu en constater le motif; c'étaient tantôt les boissons adoucissantes, tantôt le bouillon et d'autres fois les spiritueux; il faut en excepter cependant l'anisette de Bordeaux et le vin de Mâcon évaporé, qui ont toujours été accueillis.

Le cathétérisme de l'œsophage était indiqué dans le double but d'injecter des aliments liquides dans l'estomac, et de chercher à dilater le point rétréci du conduit. Les tentatives nombreuses et réitérées auxquelles M. Lombard et moi nous nous livrâmes, furent toutes infructueuses : elles provoquaient la toux et le vomissement, et finissaient par produire un sentiment de suffocation, lorsque la présence de la sonde était quelque peu prolongée dans le pharynx. Ces manœuvres, qui n'étaient d'aucune utilité, fatiguèrent le malade au point qu'il ne voulut plus s'y soumettre. Les médications de tous genres, antiphlogistiques, antispasmodiques, révulsives, antérieurement mises en usage par notre collègue M. Frankinet, furent de nouveau employées, mais sans le moindre succès.

Vers le mois d'avril, le malade cédant aux instances réitérées de quelques membres de sa famille et de ses amis, résolut, après avoir pris notre avis, de se rendre à Paris, où les secours les plus empressés lui furent prodigués par MM. Leroy d'Etiolles, Marjolin et Cazenave. Après de nouvelles tentatives de cathétérisme, qui ne furent pas plus heureuses que les nôtres, on fit l'essai d'autres moyens mécaniques. Un morceau de plomb ayant la forme d'un cône d'abord, puis d'un double cône, fixé à une ficelle, fut conduit à l'aide d'une sonde et engagé dans le point rétréci, où il était laissé quelque temps en place. Quelque ingénieux que fût cet instrument, il ne changea cependant rien à la position du malade. Alors M. Leroy eut l'idée de substituer au cylindre plein, une canule creuse qu'il enfonça de la même manière, mais sans le secours d'un fil, avec l'intention de la laisser à demeure; et, afin que cette canule restât inoffensive pour le tube digestif, si elle venait à tomber dans l'estomac, elle fut confectionnée en ivoire dépouillé de son phosphate de chaux au moyen de l'acide nitrique. Les vives douleurs que provoqua la présence de ce tube, nécessitèrent des tentatives nombreuses pour opérer son extraction : elle ne fut pas possible. Ces manœuvres durent être abandonnées parce qu'elles devenaient intolérables pour le malade. M. Leroy cessant toutes recherches, résolut alors d'enfoncer la canule dans l'estomac. Il avait l'espoir que ce morceau d'ivoire privé de sa matière inerte et réduit à de la substance gélatineuse, finirait par être digéré pour se confondre avec le bol alimentaire. Les choses ne se passèrent point ainsi, comme on le verra, et non-seulement l'obstacle au passage des aliments persista, mais quand le malade revint à Liége à la fin de juin,

il ne pouvait faire pénétrer dans l'estomac que quelques gorgées de liquide, et cela après des efforts inouis. Souvent ce qui avait été avalé depuis quelques heures (même depuis plusieurs jours) était rendu sans altération, par régurgitation. Les essais de cathétérisme auxquels nous nous livrâmes, M. Lombard et moi, nous firent constater, à la hauteur du sternum, un obstacle insurmontable qu'autrefois nous parvenions à vaincre. Cependant la pensée ne nous vint pas que la sonde était arrêtée par la canule d'ivoire, parce que l'élimination de celle-ci ne faisait pas l'objet du moindre doute de la part du malade. Nous fûmes donc réduits à nourrir M. de S. par le rectum; mais ce mode d'alimentation fut insuffisant et ne put prévenir le marasme. La gravité de la situation nous fit dès lors un devoir de nous éclairer des lumières de quelques confrères, et à notre demande, on nous adjoignit MM. les professeurs Ansiaux, Simon, Sauveur et Vaust.

Dans les conférences successives qui eurent lieu, on discuta la question de l'opportunité de l'œsophagotomie, dont naguère j'avais constaté les bons effets pour retirer un corps étranger avalé et arrêté dans l'œsophage.

A l'aide d'une ouverture au cou, au-dessous du pharynx, nous espérions pouvoir pratiquer le cathétérisme aussi fréquemment qu'il serait nécessaire, dans le double but de dilater le point rétréci et de faire parvenir les aliments dans l'estomac. Cette voie artificielle nous semblait d'autant plus convenable qu'elle évitait de provoquer les quintes de toux et les efforts de vomissements, tout en facilitant la manœuvre des instruments dont le parcours était d'ailleurs abrégé.

L'insuffisance de tous les autres moyens étant bien re-

connue, l'œsophagotomie proposée comme une dernière ressource, fut accueillie avec empressement par le malade qui subissait dans les derniers jours le plus horrible des supplices, la faim. Il accepta toutes les chances de l'opération, et les résultats, je m'empresse de le dire, dépassèrent notre attente. En effet, le doigt indicateur gauche introduit dans l'ouverture que je fis à l'œsophage, rencontra la canule d'ivoire dont j'opérai aisément l'extraction avec des pinces à polypes. Un noyau de cerise fut aussi retiré par le secours seul de mes doigts. L'opération avait duré longtemps, parce qu'il avait fallu souvent s'arrêter pour laisser respirer le malade que le décubitus dorsal incommodait beaucoup. Pour ce motif, on se borna à quelques essais seulement de cathétérisme, opération qui fut exécutée le lendemain avec tout le bonheur désirable. Dès ce moment, du bouillon et du vin furent injectés dans la sonde, et purent même être ingérés par la bouche ; car, chose remarquable, la sonde était en place depuis deux jours à peine, qu'elle était libre à l'endroit du rétrécissement, et servait de conducteur aux liquides qui ne sortaient pas par la plaie et n'étaient plus rendus par le haut, la régurgitation ayant complétement cessé. Ce qui confirma surtout l'opinion que les aliments étaient ingérés, c'est que les fonctions digestives se rétablirent, car dès le troisième jour, il y eut des évacuations alvines, comme dans l'état de santé. C'était la première garde-robe depuis cinq semaines, et la première, normale, depuis plusieurs mois. Car à dater du moment où les aliments avaient cessé de passer chaque jour, les excréments ne consistaient plus qu'en crottins durcis qui étaient rendus rarement et avec difficulté.

Les choses se passaient à souhait, et nous nous félicitions de cet heureux résultat, lorsque le cinquième jour, après avoir remplacé la première sonde par une autre d'un plus fort calibre, le malade accusa une grande gêne et parfois un sentiment de suffocation. Il fallut retirer cette dernière sonde pour replacer l'ancienne. A partir de ce moment, M. de S., qui semblait disposé à souffrir patiemment, perdit courage, probablement parce qu'il s'était imaginé que l'œsophagotomie devait mettre un terme à toutes ses souffrances : il ne fut pas possible de lui faire comprendre que l'ouverture extérieure pratiquée à l'œsophage, n'avait d'autre but que de faciliter l'introduction dans ce conduit, d'instruments propres à dilater le point rétréci. Dès que la sonde fut enlevée, rien ne passa plus dans l'estomac. La mort cependant ne survint que le quinzième jour.

L'utilité de l'œsophagotomie, dans le cas dont il s'agit, m'a paru incontestable. En effet, cette opération a servi d'abord à extraire un corps étranger qui, par sa présence dans l'œsophage, ajoutait à la difficulté qu'éprouvaient les liquides pour passer dans l'estomac, et ensuite elle a permis de franchir le lieu du rétrécissement. Il est à regretter que la nécroscopie n'ait pu être pratiquée (c'était une volonté expresse du malade que l'on ne portât pas le scalpel sur son corps, après le décès); nous eussions pu constater la nature de la lésion qui ne nous semblait pas au-dessus des ressources de l'art, car elle ne cessa de donner des signes négatifs d'affection organique.

Lorsque l'on remonte à l'origine de la maladie, et que l'on se souvient des circonstances après lesquelles elle s'est manifestée, des bizarreries qu'elle a offertes dans sa marche, de la facilité avec laquelle la sonde

s'engageait dans le point rétréci, à travers l'ouverture extérieure, peut-on croire à une dégénérescence squirreuse? N'est-il pas plus rationnel de supposer une rupture de l'œsophage? La vaste poche servant de réservoir aux aliments qui étaient rendus par régurgitation lorsqu'ils devenaient trop abondants, ne s'explique-t-elle pas par une déchirure dont la conséquence inévitable est la contraction spasmodique de la portion du tube placée immédiatement au-dessous?

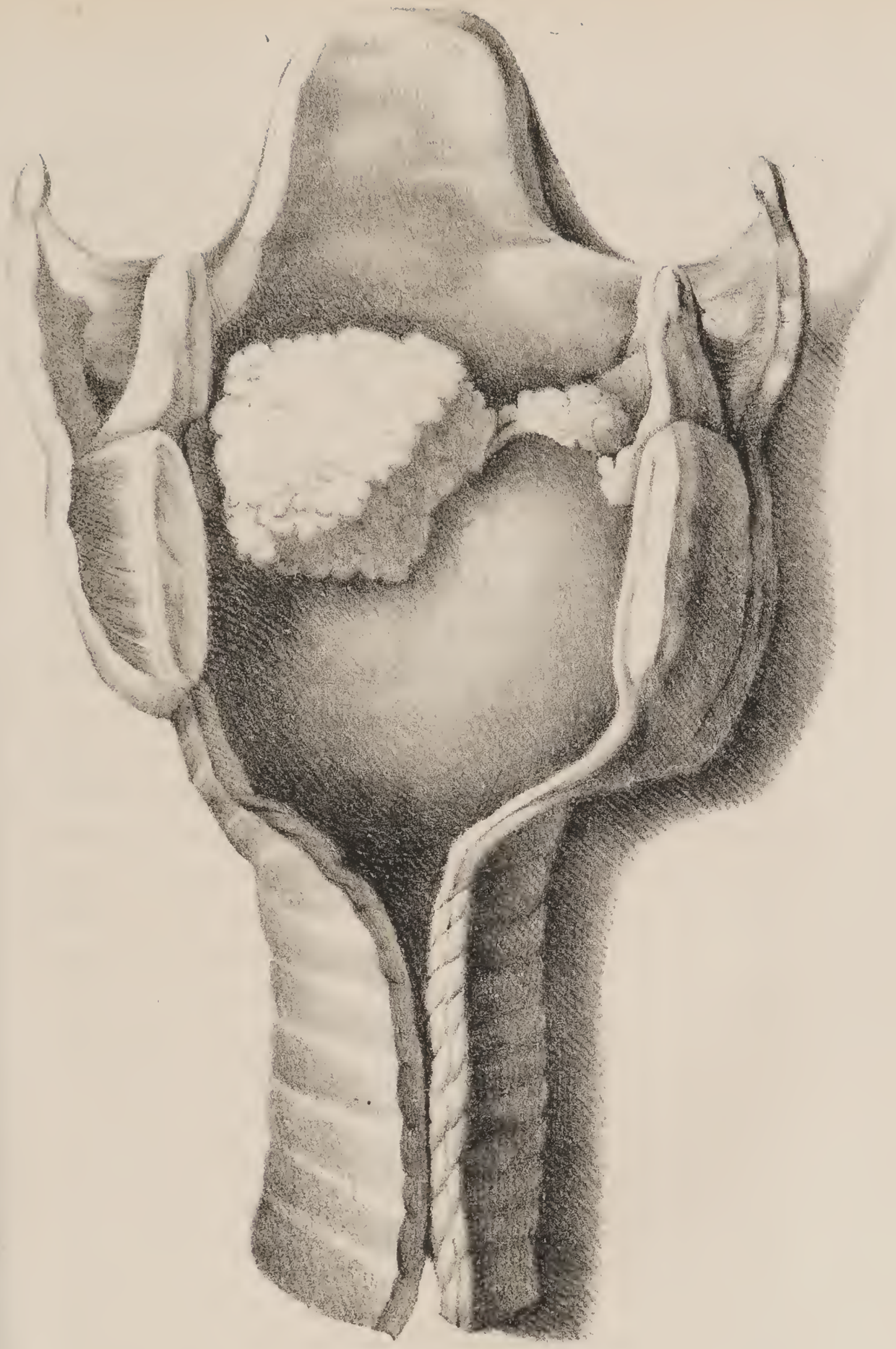
Dans la supposition d'une affection de cette nature, le malade pouvait en guérir, et dans le cas contraire, c'est-à-dire, s'il eut été atteint d'une lésion organique, il eût vécu plus longtemps, s'il avait voulu supporter les conséquences de l'opération.

Je suis donc disposé à croire que l'œsophagotomie dont l'innocuité ne peut plus être douteuse, sera désormais une puissante ressource, non-seulement pour extraire les corps étrangers qui auraient résisté aux tentatives d'extraction et de propulsion, mais encore pour permettre la manœuvre plus directe des instruments destinés à dilater les points rétrécis de l'œsophage.

Cette communication fera l'objet d'un travail spécial que je soumettrai plus tard à l'Académie.

Note *sur les polypes fibreux du larynx;* par Ad. Burggraeve, membre titulaire.

Il y a peu de temps que M. le professeur Ehrmann, de Strasbourg, appela l'attention des praticiens sur les polypes fibreux du larynx, et sur la possibilité de leur extirpation par la laryngotomie. Depuis, il a été assez heureux



POLYPES FIBREUX DES CORDES VOCALES DU LARYNX.

Pièce trouvée à l'Académie Royale de Médecine de Belgique.

de joindre la pratique à la théorie, et de sauver par cette opération, une jeune femme qu'une tumeur polypeuse menaçait de suffoquer.

Les polypes fibreux du larynx se rencontrent ordinairement aux environs de la glotte, sur les cordes vocales, beaucoup plus rarement dans l'épaisseur des replis ary-épiglottiques, dans les ventricules de Morgagni, ou dans la cavité laryngée elle-même. Ils se composent de fibres perpendiculaires à la surface qui les supporte. Ce mode de croissance fait qu'ils sont pédiculés et épanouis en forme de choux-fleurs. Contrairement aux polypes des fosses nasales qui sont quelquefois parcourus par un si grand nombre de vaisseaux, que leur arrachement donne lieu à des hémorragies abondantes, les polypes des cordes vocales sont presque exsangues, ce que dénote leur aspect blanc-mat si fortement tranché sur le fond rosé de la muqueuse environnante. Là où ils se sont développés, la membrane est amincie et a subi une véritable résolution, de sorte que, même à leur surface, ils sont fibreux et à peine recouverts d'une couche épithéliale extrêmement mince. Il n'y a donc aucun danger de les aborder par l'instrument tranchant, d'autant plus que leur forme plus ou moins exactement pédiculée, en rend l'extirpation plus facile. Le danger d'ouvrir un organe aussi important que le larynx, ne doit pas non plus arrêter le chirurgien. Les nombreuses ouvertures que réclame l'extraction de corps étrangers, sont là pour le prouver. Restent l'incertitude du diagnostic et la répugnance que beaucoup de praticiens peuvent légitimement avoir à tenter une opération susceptible, en cas de méprise, d'engager gravement leur responsabilité. Cette objection ne

saurait être évitée, mais les considérations suivantes sont peut-être de nature à en diminuer l'importance.

Et d'abord le polype étant dû seulement à une végétation des ligaments thyro-arythénoïdiens, son développement n'est accompagné d'aucune irritation locale, ni d'aucune réaction générale; seulement, à mesure que la corde ou les cordes vocales s'épaississent, il survient une gêne dans la formation de la voix; bientôt celle-ci devient aiguë, et même elle finit par s'éteindre d'une manière complète. Des phénomènes de dyspnée se développent dans la même proportion; mais ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que la gêne de la respiration n'est pas toujours la même dans toutes les positions. Quelquefois elle survient tout à coup, comme si un corps étranger venait brusquement obturer la glotte, et le malade la fait cesser soit par une brusque inspiration, soit en se déjetant d'un côté ou d'autre. Souvent un petit bruit clair, semblable au claquement d'une soupape indique au patient que l'obstacle est levé. C'était le cas de la malade sauvée par M. Ehrmann. L'individu dont nous représentons ici le larynx a été moins heureux. Chez lui les accès de suffocation survenant à des intervalles très-rapprochés, ont fait croire à l'existence d'un asthme aigu. Presque toujours il faisait cesser ces accès en se jetant brusquement en avant; une forte inspiration survenant alors, la suffocation cessait, mais pour revenir bientôt plus imminente. Il n'existait aucune douleur locale, ni aucune gêne dans la déglutition. Le malade mourut asphyxié. A l'autopsie, l'on trouva deux excroissances en forme de choux-fleurs : l'une, plus considérable, implantée par un pédicule large dans la corde vocale gau-

che, l'autre, dans la corde droite, mais bien moins considérable et à l'état naissant. Il est évident que c'est principalement la tumeur gauche qui a produit l'asphyxie. Du reste, l'appareil vocal était parfaitement sain, ainsi que la trachée-artère et les poumons. Les chances de succès qu'aurait présentées l'opération de la laryngotomie chez cet individu, étaient donc aussi complètes que chez la malade de M. Ehrmann ; seulement il eût fallu pouvoir reconnaître l'existence du polype.

Il y a quatre ans que ce cas clinique s'est présenté à l'hôpital civil de Gand ; or, à cette époque, l'éveil sur ces tumeurs n'avait pas été donné, et quand bien même leur existence eût pu être soupçonnée, l'exemple manquait pour leur extirpation. La laryngotomie, sans être une opération difficile ou dangereuse, exige de la part du médecin, une décision instantanée et prompte. Mais s'il est facile de prendre cette détermination, en présence d'un obstacle produit par un corps étranger, il est aussi permis d'hésiter devant une lésion organique se cachant sous un groupe de symptômes capables de tromper la sagacité du médecin. Avant d'opérer dans cette circonstance, M. Ehrmann avait eu la leçon du malheur. Chez un jeune garçon de neuf ans, qui, après une laryngite légère, avait conservé la voix grêle par intervalles, avec gêne de la respiration, sans toux ni dérangement dans les autres fonctions, l'oppression devint de plus en plus forte et dégénéra en dyspnée ; l'enfant était du reste sans douleur, sans agitation et sans fièvre. Les déplétions sanguines, les cataplasmes, les frictions résolutives et enfin l'émétique, n'apportèrent aucune amélioration dans son état. La respiration devenant de plus en plus difficile,

sans toux, et sans que la maladie présentât les signes et le caractère d'une inflammation aiguë de la muqueuse laryngée ou bronchique, M. Ehrmann avertit les parents qu'il pensait, après tout ce qui avait été fait, qu'un corps étranger s'était formé dans l'intérieur du larynx, et que, dans les derniers temps, ce produit avait dû prendre un développement tel, que le libre passage de l'air à travers les voies aériennes, se trouvait intercepté. « Mes appréhensions, dit M. Ehrmann, n'étaient que trop fondées, car bientôt l'aphonie devint presque complète. Je déclarai qu'une opération, dont au reste on ne pouvait assurer le succès, devait être tentée. Mais ne pouvant fournir des garanties de réussite, ma proposition ne fut point acceptée. Les symptômes devinrent de plus en plus alarmants, l'asphyxie et la cyanose s'établirent, et, après quelques atteintes de lipothymie, l'enfant succomba après une courte agonie. » (*Musée de la faculté de médecine de Strasbourg*. Strasb. 1845.) L'autopsie fit voir une excroissance lobulée, du volume d'une noisette, fixée à l'aide d'un pédicule à toute l'étendue du ligament inférieur gauche de la glotte. La tumeur arrondie et assez lisse, divisée par plusieurs sillons superficiels à sa partie supérieure, obturait complétement la fente glottique; la muqueuse laryngée ne montrait pas la moindre trace d'altération organique.

Dans un second cas, le professeur de Strasbourg fut plus heureux. A des symptômes primitifs, tels que les progrès incessants de l'aphonie et de la dyspnée qui se terminaient presque toujours par une forte inspiration, pendant laquelle la malade percevait le bruit de soupape, dont il a été question plus haut, se joignit une

preuve non équivoque de la présence d'un corps organique : une portion de polype fut rejetée dans un accès de toux. Dès ce moment tout doute fut dissipé, et la confiance que M. Ehrmann avait dans l'opération, il sut la communiquer à la famille de la malade. Le plus urgent était de rétablir la respiration. A cet effet, la membrane crico-thyroïdienne fut incisée, ainsi que les deux premiers anneaux de la trachée-artère, dans laquelle une canule courbe fut introduite. La malade revint aussitôt à elle, comme d'une profonde asphyxie. Voulant laisser ce bien-être s'établir complétement, et craignant d'ailleurs les suites d'une double opération, M. Ehrmann remit l'ouverture de la boîte thyroïdienne à quelques jours. Le cartilage scutiforme ayant été alors incisé, et les deux valves écartées, on reconnut la présence du polype implanté sur une des cordes vocales. Son extirpation ne donna lieu à aucun accident, la tumeur étant fibreuse et pédiculée.

Après une réussite aussi complète, aucun praticien ne balancera plus sans doute à imiter la conduite du professeur de Strasbourg. Nous disons plus; c'est dorénavant un devoir impérieux d'agir comme lui : dans de semblables circonstances, le médecin ne doit pas rester spectateur oisif d'un état que l'on ne peut faire cesser que par l'emploi du bistouri.

Le polype que nous avons l'honneur de mettre sous vos yeux, nous paraît présenter tous les caractères que ces sortes de tumeurs peuvent revêtir. C'est à la prière de M. Ehrmann lui-même, que nous le soumettons à vos investigations.

— Les deux communications qui précèdent, sont admises pour être insérées dans le Bulletin.

La séance est levée à deux heures et demie.

VIII. — OUVRAGES PRÉSENTÉS.

Quelques observations sur l'organisation de la médecine en Belgique, par J.-N. Lenger; Arlon, 1845. Broch. in-8°.

Exposé de la Situation administrative des provinces du Royaume, pour l'année 1845. 9 vol. in-8°.

Atlas statistique, par M. Ph. Vandermaelen; les deux premières cartes, chacune en 4 feuilles.

Mémoire sur un appareil de Thilorier modifié, et sur les propriétés de l'acide carbonique liquide et solide, par MM. Mareska et Donny; 1845. Broch. in-4°.

Sur le climat de la Belgique, par M. Quetelet; Bruxelles, 1845; 1er partie. Vol. in-4°.

Études sur la maladie de la hanche, par M. le docteur Pigeolet; Bruxelles, 1845. Vol. in-8°.

Altération organique de la trompe de Fallope, par le même. Broch. in-8°.

Recueil d'un Mémoire couronné, d'une Thèse inaugurale, et d'une Traduction des aphorismes d'Hippocrate en langue nationale, par M. le docteur Claes, de Looz; Saint-Trond. Vol. in-8°.

Origine de l'Université, par M. Halmagrand; Paris, 1845. Vol. in-8°.

Traité de l'art de formuler, ou Notions de pharmacologie appliquées à la médecine, par M. le docteur Mialhe; Paris, 1845. Vol. in-8°.

De la Bile, de ses variétés physiologiques, de ses altérations morbides, par M. le professeur F. Bouisson; Montpellier, 1845. Vol. in-8°.

De la Lymphe et de ses altérations morbides, par le même; Montpellier, 1845. Broch. in-8°.

Description d'un nouvel appareil pour le traitement des fractures de la mâchoire inférieure, par le même; Montpellier, 1845. Broch. in-8°.

Recherches et Observations sur quelques variétés rares de luxations, par le même ; Montpellier, 1843. Broch. in-8°.

Études sur le chyle, par le même. Broch. in-8°.

Mémoire sur les lésions des artères fessière et ischiatique, et sur les opérations qui leur conviennent, par le même. Broch. in-8°.

Rapport sur une demande en autorisation d'une fabrique de colle-forte, par M. Pasquier ; Liége, 1845. Broch. in-8°.

Rapport fait au Conseil central de salubrité publique de Bruxelles, sur la maladie des pommes de terre, par MM. Dieudonné, Nollet, Le Roy, Biver et Scheler ; Bruxelles, 1845. Broch. in-8°.

Observation sur le procédé indiqué par M. Ed. Frémy, pour séparer la potasse de la soude, par M. Kupferslaeger. Broch. in-8°.

Remarques sur la purification de l'acide sulfurique arsénifère, par le même ; Anvers, 1845. Broch. in-8°.

Notice médicale sur les eaux thermales d'Ems, par A.-J.-G. Doering ; Strasbourg, 1845. Broch. in-12.

Cancer de la mamelle, par M. Rul-Ogez ; Gand, 1845. Br. in-8°.

Observation de pied-bot équin, opération, guérison, par le même ; Bruges, 1845.

Des devoirs du médecin, par M. le docteur J. Van Hoof ; Bruxelles, 1845. Vol. in-12.

Considérations sur la cause et la nature de la maladie des pommes de terre, par M. le docteur Reni Vanoye ; Thourout, 1845. Broch. in-8°.

Un mot sur le Congrès médical, par M. le docteur E. Moulin ; Paris, 1845. Broch. in-8°.

Kliniek (Journal de médecine). Tydschrift voor wetenschappelyke geneeskunde ; uitgegeven door Dr C. Gobée ; 2e deel, 2e stuk ; Utrecht, 1845.

Jahrbuch für praktische Pharmacie und verwandte fächer, von doct. J.-E. Herberger und F.-L. Winckler ; Band X, Heft V und VI ; Landau, 1845.

Boletin de medicina, cirujia y farmacia ; les nos 243 à 251 ; Madrid, 1845.

Bulletin de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles ; les 7e et 8e cahiers du tome XII, 1845.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles ; les cahiers d'août et septembre 1845.

Annales de la Société de médecine d'Anvers ; cahier d'août 1845.

Journal de pharmacie, publié par la Société de pharmacie d'Anvers ; cahier de septembre 1845.

Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand ; les cahiers de juin, juillet et août 1845.

Journal de la Société de médecine-pratique de Montpellier ; les cahiers de juillet, août et septembre 1845.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines ; Ve année, 1re liv. 1845.

Recueil de médecine vétérinaire pratique ; le cahier de mai ; Paris, 1845.

Journal des Connaissances médicales-pratiques ; les cahiers de juillet et août 1845.

Journal vétérinaire et agricole de Belgique ; les cahiers de juillet et août ; Paris, 1845.

Gazette médicale de Paris ; les nos 31 à 35 du tome XIII.

Gazette médicale belge, par MM. Van Meerbeeck et Van Swygenhoven ; les nos 31 à 39 de l'année 1845.

AOUT 1845.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	Vents dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	753,08	+16,6	+21,5	+12,3	85,5	6,62	SO.-SSO.-SSE.	Variable, nuageux.
2	746,97	+17,2	+20,3	+12,3	92,0	1,27	SSE.-SSO.	Pluvieux, orageux ; tempête.
3	753,10	+15,3	+20,5	+11,1	87,5	4,96	SO.-SSO.	Variable, vent fort.
4	754,40	+16,3	+21,3	+13,5	87,0	1,65	SO.-SSO.	Assez beau ; nuages orageux.
5	751,32	+20,0	+23,2	+13,3	85,5	0,07	SSE.-S.	Assez beau, mais incertain.
6	751,79	+17,7	+19,9	+13,0	86,5	»	OSO.-O.	Sombre, orageux, pluvieux.
7	752,51	+16,3	+19,1	+12,3	88,0	1,02	SO.-OSO.	Sombre, orageux, pluvieux.
8	753,69	+15,8	+19,2	+11,9	87,5	7,64	OSO.-O.	Nuageux, pluvieux.
9	752,44	+14,0	+19,4	+11,5	97,0	4,83	SSO.-SO.	Couvert, très-pluvieux; le soir serein.
10	748,55	+12,5	+15,9	+11,2	87,0	9,04	SO.	Couvert, très-pluvieux ; vent dans l'après-midi.
11	749,65	+15,2	+18,3	+11,9	89,5	3,95	SO.	Pluvieux ; vent fort.
12	753,03	+15,3	+19,3	+12,8	92,0	2,80	OSO.-ONO.	Pluvieux.
13	758,33	+14,7	+14,8	+10,5	89,0	1,78	O.-OSO.-ONO.	Pluvieux.
14	755,73	+13,3	+16,6	+10,5	92,5	2,17	OSO.-ONO.	Pluvieux.
15	749,38	+12,3	+14,6	+ 9,5	97,5	8,27	OSO.-O.-ONO.	Très-pluvieux ; le soir le ciel se découvre.
16	749,51	+13,3	+15,0	+ 9,5	98,0	23,55	O.-ONO.	Très-pluvieux.
17	755,07	+13,1	+15,2	+ 9,4	84,5	3,44	O.-ONO.	Assez beau, quelques averses.
18	754,85	+13,9	+19,7	+ 8,7	83,0	1,15	SO.-S.-SE.	Très-beau.
19	745,06	+17,8	+24,0	+12,8	95,0	1,15	SSO.-SSE.-OSO.	Assez beau le matin ; après-midi vent fort et pluie orageuse.
20	748,63	+14,7	+17,3	+11,0	88,5	1,02	OSO.	Nuageux, grand vent.
21	756,56	+14,8	+18,0	+10,1	87,0	0,64	OSO.-SO.	Assez beau, nuageux.
22	763,47	+14,0	+18,9	+ 8,9	91,0	0,25	SO.-ONO.	Très-beau.
23	764,68	+14,8	+20,4	+ 8,6	87,0	»	SSO.-OSO.	Beau temps.
24	758,35	+16,1	+20,9	+10,2	87,0	»	SO.-OSO.-NNO.	Beau temps.
25	760,81	+14,8	+22,0	+10,3	90,5	0,64	ONO.-OSO.	Très-beau.
26	756,41	+17,8	+21,2	+12,5	88,0	0,64	SO.-O.	Beau.
27	759,24	+15,2	+17,2	+11,7	89,0	0,51	O.-ONO.	Beau dans la journée ; très-pluvieux le soir.
28	761,13	+14,3	+19,4	+11,2	90,0	9,29	ENE.-NE.	Beau, vent frais le matin.
29	761,35	+16,9	+23,1	+12,6	89,0	»	NE.-ENE.	Très-beau ; vent fort.
30	762,32	+17,1	+23,2	+12,6	91,0	»	NE.	Très-beau ; vent fort.
31	764,20	+15,5	+22,3	+13,0	91,0	»	NE.-ENE.	Beau ; se couvrant par intervalles.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1845.

Président, M. Vleminckx;
Secrétaire, M. Sauveur.

A midi et demi, la séance est ouverte par la lecture du procès-verbal de la dernière séance, dont la rédaction est mise aux voix et adoptée.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

M. le Ministre de l'Intérieur transmet une expédition d'un arrêté du 15 octobre courant, par lequel le Roi agrée l'élection des six membres honoraires que l'Académie a élus dans sa séance du 28 septembre dernier.

Il prie la Compagnie de retarder le moins possible l'envoi de l'avis qu'il lui a demandé sur les plaintes qu'élèvent les habitants de Moresnet, voisins des fours à zinc établis dans cette commune. (Renvoi à la Commission chargée de cette affaire.)

Il invite l'Académie à examiner, au point de vue de la science et des convenances, la question de savoir « s'il y a lieu d'autoriser les personnes du sexe à pratiquer d'autres branches de l'art de guérir que celle des accouchements, et notamment l'art du dentiste, alors même qu'elles auraient déjà subi, ou qu'elles se disposeraient à subir les examens requis pour obtenir cette autorisation. »

II. — COMMUNICATIONS DIVERSES.

M. le docteur Dechange envoie, pour être mis sous les yeux de l'Académie, un fragment de racine de Ginseng, qu'il a rapporté l'année dernière de la Chine. (Renvoi à la cinquième section.)

M. le docteur Payan, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire d'Aix (Bouches-du-Rhône), transmet un fascicule d'observations pathologiques à l'appui de sa demande en obtention du titre de correspondant. (Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission à nommer par le Bureau. Elle se composera de MM. Burggraeve, Guislain et Verbeeck.)

M. Jules Guérin, membre correspondant, adresse un Mémoire sur le traitement abortif des tumeurs phlegmoneuses, par l'incision sous-cutanée.

M. le professeur Velpeau adresse la lettre suivante, en réponse à quelques points de la discussion qui s'est ouverte, dans la séance du 29 juin dernier, sur la proposition de M. Seutin, relative à l'application immédiate du bandage amovo-inamovible, pour le traitement des fractures :

« Monsieur le Président,

Je lis dans un de nos journaux de médecine (*Gazette Médicale* du samedi, 27 septembre 1845, page 624), le compte-rendu d'une discussion qui aurait eu lieu au sein de votre Académie, discussion dans laquelle j'aurais été attaqué en des termes que je ne veux point qualifier. On aurait dit, si le journal dont je parle, est exact :

« M. Velpeau n'a pas craint de s'emparer de toutes les idées de M. Seutin....

« M. Velpeau reçut et accepta le mandat de juge appréciateur de notre compatriote (pièce présentée à l'Académie royale de Médecine de Paris, 8 août 1837); il fut donc officiellement mis en possession des travaux originaux qui renferment les idées et les recherches de M. Seutin.... Il dévora tous les documents qu'on lui avait livrés, et se les appropria sans aucun scrupule...

« Le 25 septembre suivant, il les présenta pour son propre compte à l'Académie des Sciences...

« Ainsi, M. Velpeau connaît la méthode de M. Seutin en février; il est nommé commissaire de l'Académie en août, et, en septembre, il ne craint pas de se présenter à l'Académie des Sciences, chargé du butin qu'il a ravi à celui qu'il devait juger impartialement... »

Voilà quelques-unes des aménités qui paraissent m'avoir été adressées au sein d'une Académie dont je m'honorais pourtant d'être membre! Eh! qu'ai-je donc fait pour m'attirer de telles gracieusetés de la part de nos confrères belges? Aurais-je, en effet, essayé d'enlever à M. Seutin quelque chose? Permettez-moi, M. le Président, d'édifier sur ce point les membres de votre Assemblée.

Les pièces produites de M. Seutin à l'Académie de Paris, au mois d'août 1837, et sur lesquelles un rapport a été fait en 1839 par M. Blandin, ne m'ont *jamais* été remises; je ne les ai *jamais* possédées, ni *vues* : c'est à M. Blandin qu'elles furent envoyées, et M. Blandin *seul* a pu les étudier : c'est là un point de fait dont tout le monde peut s'assurer en consultant les bureaux de l'Académie de Paris.

Partant de là, quel nom devrais-je donner à M. Didot, si je voulais récriminer?

D'ailleurs, qu'avais-je à prendre dans ces pièces qui ne fût déjà connu? Est-ce que les recherches de M. Seutin n'avaient pas été dès cette époque, exposées, imprimées dans une foule de journaux, soit en Belgique, soit en France?

J'ai si peu voulu dépouiller M. Seutin, que dans la note lue par moi en septembre 1837 à l'Académie des Sciences on trouve, entre autres, les phrases suivantes :

« Tel est le problème chirurgical que je viens soumettre au jugement de l'Académie, comme MM. Larrey, Bérard et Seutin l'ont déjà donné au monde médical...»

Plus loin :

« Un *chirurgien distingué* de Bruxelles, M. Seutin, a *imaginé* de remplacer le liquide solidifiant de M. Larrey, par de l'amidon.... Un des anciens élèves du chirurgien belge, M. De Roubaix, se chargea d'appliquer lui-même le bandage de son maître sous mes yeux. »

Plus loin :

« Ce que j'avance ici n'est pas de la théorie, M. Bérard l'a constaté à l'hôpital Saint-Antoine, et M. Seutin l'a démontré *cent fois* à Bruxelles. »

Plus loin encore, je dis :

« Au total donc, le mérite que je m'attribue dans cette question est de rendre évidents pour tout le monde en France, *comme M. Seutin l'a fait en Belgique*, les avantages d'un traitement encore trop peu connu, etc. »

Les quelques exemplaires de la note imprimée que je mets à la disposition de Messieurs vos collègues, vous mettront à même d'apprécier le fondement des reproches de M. Didot, et de voir, si, au lieu d'insultes, je n'étais pas en droit d'attendre, en m'effaçant ainsi, quelques remercîments de la part de M. Seutin.

Cent fois, dans mes leçons, j'ai rappelé en termes honorables et le nom et les travaux de M. Seutin; dans un volume de chirurgie, puisé à ma clinique et publié en 1841 par M. Janselme, on me fait dire (page 467) : « L'amidon introduit dans la pratique par M. Seutin est une *acquisition vraiment précieuse*. Cette seule découverte assurerait au chirurgien belge une large part dans la question des appareils inamovibles. »

Ailleurs (page 475), après avoir signalé mes essais de 1830, j'ajoute « c'est le chirurgien de Bruxelles qui le premier a généralisé l'idée que je n'avais fait qu'indiquer et qui, par les nombreuses applications qu'il en a faites, se l'est, à bon droit, appropriée. »

Dans un autre endroit, en parlant des fenêtres du bandage, je m'exprime ainsi (page 477) : « Je dois dire cependant que ce point de pratique avait déjà été indiqué et adopté par M. Seutin ». Puis (page 481) : « Je dois même dire que par la manière dont M. Seutin a envisagé le principe de la déambulation, par l'extension qu'il lui a donnée, il se l'est, pour ainsi dire, appropriée. »

Après des approbations aussi explicites, je le demande, que veulent donc M. Seutin ou ceux qui parlent en son nom? Si de tels éloges et l'abnégation que j'ai montrée dans tout cela, ne suffisent pas à ces Messieurs, j'avoue que je ne comprends plus rien aux exigences des relations scientifiques entre hommes qui se respectent et qui s'occupent des mêmes questions.

Pour éviter toute confusion à ce sujet, je voudrais qu'on m'indiquât, au juste, ce que M. Seutin s'attribue dans le bandage inamovible.

Est-ce l'emploi du moule inflexible dont on enveloppe les membres en pareil cas? Non sans doute, puisque tout

le monde connaît les observations de M. Larrey sur ce point.

Est-ce la forme du bandage? Nullement, puisque le bandage de Scultet est employé de temps immémorial dans le traitement des fractures, et puisque les fanons et faux fanons, la talonnière et les attelles de carton étaient usités soit par M. Larrey, soit par Assalini, etc....

C'est donc la déambulation! pas d'avantage, puisque, outre les essais peu connus d'Amesbury, de M. Léger, etc., ce précepte avait été posé par M. Bérard en 1833 d'une manière très-nette.

Dès lors, que reste-t-il d'absolument neuf dans le bandage de M. Seutin? Un fait, un fait important, la substitution de l'amidon aux autres matières solidifiantes essayées jusque là.

Il est si vrai que cette substitution est la seule chose qui revienne en propre à M. Seutin, que M. Larrey en se l'appropriant aurait pu ne rien changer d'ailleurs à son bandage primitif; qu'en s'en servant M. Laugier a pu se contenter d'un bandage de papier, et que, quelle que soit la matière solidifiante, le bandage, une fois rendu inamovible, supporte très-bien le principe de la déambulation.

Et pourtant je n'ai pas craint de rehausser autant que la politesse scientifique peut le permettre le mérite de M. Seutin. On peut voir dans ma note de 1837 (*Journal l'Expérience ; Bulletin de thérapeutique*, tome 12, page 148), dans le volume publié par M. Janselme en 1841, dans les thèses soutenues à la faculté de médecine, avec quel soin j'ai rappelé les efforts de ce chirurgien, l'utilité de ses recherches, les

services qu'il a rendus, etc. Et c'est par lui, et c'est en son nom du moins, que depuis 1837, je suis en Belgique, dans les journaux comme au sein des Sociétés savantes, donné comme un spoliateur, comme un plagiaire dans la question des appareils inamovibles!

Si, au moins, j'avais réclamé dans quelques écrits, un point quelconque de la méthode de M. Seutin! Je n'ai pas souvenance qu'on ait jamais rien articulé, précisé là-dessus. Voyons cependant :

1° Je vante une compression exacte et *modérée;* mais je suis cette pratique depuis plus de vingt ans, et M. Seutin n'a pas, j'imagine, la prétention de l'avoir inventée;

2° M. Seutin emploie le bandage de Scultet. Moi, je fais usage du bandage roulé. Quand même il y aurait analogie entre nous sous ce point de vue, M. Seutin n'aurait guère à se plaindre de moi, puisque je me servais du *bandage de Scultet* ou *du bandage roulé* et des appareils inamovibles, dès l'année 1829, ainsi que le prouve un compte-rendu de ma pratique, inséré dans le *Journal hebdomadaire* de 1830;

3° M. Seutin continue à employer l'amidon; moi, je fais usage de la dextrine. Je le laisse parfaitement libre de son choix, mais je ne vois pas en quoi le mien peut le blesser.

Quant à la déambulation, je n'y ai jamais eu la moindre prétention; je ne me suis point non plus attribué l'invention de l'épithète passablement étrange *d'amovo-inamovible;* je n'ai point contracté non plus l'habitude de fendre le bandage collé, quoique M. Seutin ait eu la bonté de m'envoyer les gros ciseaux qu'il a imaginés pour cet objet, et je ne me sers pas davantage de son ruban *compressimétrique.*

Encore un coup, que me veulent donc ces Messieurs? De quoi m'accusent-ils? Que faudrait-il que je fisse pour leur complaire?

Que penseraient-ils donc d'un chirurgien qui viendrait dire de M. Seutin parce qu'il a substitué l'amidon au blanc d'œuf dans le bandage inamovible, ce qu'ils disent de moi parce que je me sers de dextrine en guise d'amidon? S'ils ne veulent pas de mes indications, de ma pratique, ils en sont parfaitement maîtres. Je ne les étourdirai point de reproches, de lamentations pour cela, et ce ne sera jamais de ma part un sujet de querelles.

Au demeurant, puisqu'on veut faire parler l'histoire, qu'il me soit permis de l'invoquer à mon tour. Mettant de côté la complaisance, l'hyperbole et l'enthousiasme, elle dira : M. Larrey institua au XIXe siècle la méthode des bandages inamovibles; cette méthode a fait naître plusieurs procédés qui, dans l'ordre des dates, se présentent de la manière suivante :

En 1829 et 1830, M. Velpeau, substitue le bandage de Scultet ou le bandage roulé au bandage à dix-huit chefs, aux faux fanons de M. Larrey, puis il finit par négliger ce mode de traitement des fractures.

En 1833, M. Bérard se servant du bandage de M. Larrey, pose le principe de la déambulation chez les malades atteints de fracture simple de la jambe.

En 1835, M. Seutin, à l'aide de l'amidon et du bandage de Scultet, construit un appareil et plus simple et plus commode que celui de M. Larrey. Ce chirurgien établit en outre, sans réplique, qu'avec le bandage inamovible les malades atteints de fracture de jambes *peuvent* se lever et se promener, *peuvent* ne pas rester au lit immobiles pendant la consolidation.

Par les efforts qu'il fait, par le mouvement qu'il se donne, par les écrits qu'il publie, par ses communications incessantes aux Sociétés savantes, par les faits nombreux qu'il invoque, qu'il montre, par les exagérations même auxquelles il se livre, enfin par le bruit qu'il parvient à faire, et, comme il le dit lui-même, en *remuant ciel et terre*, M. Seutin ébranle la routine chirurgicale et devient le *point de départ* d'une nouvelle époque des appareils inamovibles.

En 1837 et depuis, M. Velpeau substituant à peu près partout le simple bandage roulé ou trois ou quatre plans de bandage de Scultet, et substituant la dextrine à l'amidon, construit un bandage plus simple encore, plus facile à sécher, plus solide qu'aucun autre, et parvient ainsi à populariser en France l'appareil inamovible.

Voilà, Messieurs, ce que dans sa froide impartialité l'histoire dira de nos prétentions réciproques sur la question des bandages inamovibles.

Quant à ce qu'elle dira de ceux de vos confrères qui m'ont tant injurié, je vous le laisse à deviner, ou plutôt j'espère qu'elle fera comme moi, qu'elle ne tardera pas à les oublier.

Voulez-vous que j'ajoute encore un mot! je vois que dans vos discussions on s'efforce d'élever la question des bandages inamovibles à la hauteur d'un *fait national*. Je ne voudrais pas rappeler ici le *parturient montes* d'Horace, mais en vérité, il serait temps de parler avec plus de calme, et de ne pas faire ainsi abstraction des éléments épars que possède la science sur une pareille question. La note que je joins à cette lettre et qui est extraite du *Bulletin Médical belge* de novembre 1840,

et surtout la dissertation publiée en février 1844, par M. Tardieu, montreront aux plus prévenus qu'il n'y a point de nationalité à invoquer dans la question des bandages inamovibles. De la nationalité dans une question de science! Est-ce un bras de mer, une muraille ou une ligne placée sur quelque point du globe qui peut détruire ou augmenter la valeur d'un fait relatif à l'art de traiter les malades? Que la politique, que l'industrie, que les lois relatives au Gouvernement des nations se soumettent à de semblables artifices; soit, mais en médecine, qu'importe à l'humanité que tel remède, telle méthode ait été imaginée en Italie, en Allemagne, en Angleterre, en Espagne, en Belgique ou en France? Pour moi, je ne crains pas de le dire, car tous mes écrits en font foi, je n'ai jamais tenu compte des délimitations nationales dans l'exposé, dans l'appréciation des faits scientifiques dont je me suis occupé, et je crois que personne plus que moi n'a montré de bon vouloir à l'égard des chirurgiens belges en particulier.

Peut-être aurait-on voulu que je m'astreignisse rigoureusement aux préceptes de M. Seutin dans l'application des bandages à fracture. Mais, si je consens volontiers à essayer ce que mes confrères inventent, je me réserve aussi le droit de l'essayer, comme je l'entends, à ma manière, de le modifier, de le changer même si je le juge convenable. Chargé par la faculté de médecine d'enseigner la chirurgie clinique, j'ai accepté la mission, et je me suis imposé le devoir de soumettre à l'observation des élèves ce qui se fait ou se propose de raisonnable en chirurgie, et d'en donner une appréciation motivée d'après mon expérience et mes faibles lumières. Si cette manière d'envisager les questions ne con-

vient pas à tout le monde, je le regrette infiniment, mais je ne me sens pas disposé à en suivre une autre. Je n'eusse jamais cru du moins qu'elle pût m'attirer les singuliers reproches auxquels j'ai voulu répondre dans cette lettre.

Après la publicité donnée aux attaques dont j'ai été l'objet, je serais heureux, M. le Président, qu'il vous parût juste de faire lire en séance mes explications, et que l'Académie royale de médecine de Bruxelles trouvât bon de les faire insérer dans le compte-rendu de ses séances.

Veuillez agréer l'assurance de ma haute considération et croire que je n'en reste pas moins le très-dévoué collègue de ceux-là même qui me traitent si durement à vos côtés. »

— L'Assemblée ordonne la publication de cette lettre dans le Bulletin de la séance.

III. — PROPOSITIONS ET COMMUNICATIONS DU BUREAU.

M. le Président donne lecture d'une proposition formulée par le Bureau, en vue d'activer les travaux scientifiques de la Compagnie.

Après en avoir délibéré, l'Académie décide, aux termes de cette proposition, que les communications scientifiques reçues par le Bureau, seront immédiatement transmises, par ses soins, à une des sections ou à une commission spéciale dont la composition lui est également abandonnée. Cette mesure sera prise tant pour les travaux des membres de la Compagnie que pour ceux des savants qui lui sont étrangers. L'Académie décidera ensuite sur les rapports verbaux ou écrits des sections et des commissions, s'il y a lieu ou non, à insérer les-

dites communications dans un de ses recueils. Les commissions spéciales se composeront, autant que possible, de membres de la Compagnie résidant dans une même localité.

2° M. le Président donne lecture de trois lettres par lesquelles MM. les docteurs Brasseur, de Genappe; De Condé, médecin de régiment, à Arlon, et E. De Bruyn, de Saint-Trond, se déclarent respectivement auteurs des Mémoires auxquels la Compagnie a accordé des médailles d'or dans sa séance du 28 septembre dernier.

L'Académie ordonne l'ouverture des billets cachetés annexés à ces Mémoires, et reconnaît que ces écrits portent pour épigraphes, savoir :

Celui de M. Brasseur, inscrit sous le n° 3 :

La nature t'appelle, apprends à l'observer;
La Gaule a ses déserts, ose les cultiver;
Elle a des malheureux, etc...

VOLTAIRE.

. . . . . Sur ce rivage,
Tout appartient à l'homme et tout est son ouvrage, etc.

THOMAS.

Celui de M. De Condé, inscrit sous le n° 2 :

Le marais paresseux tranquillement sommeille
Sur le limon fangeux qui nourrit ses roseaux.

DELILLE.

Et enfin, le Mémoire de M. De Bruyn, sous le n° 4 :

Si desint vires, tamen est laudanda voluntas.

La Compagnie fait ensuite brûler sous ses yeux, les billets joints aux autres Mémoires du concours, en exceptant celui du travail auquel elle a décerné une Mention honorable, et dont l'auteur ne s'est point fait connaître. Ce dernier Mémoire a pour épigraphe : « Pour moi, dé-

couvrir quelqu'une des choses qui n'ont pas été découvertes, et qui, découverte, vaut mieux que si elle ne l'était pas, comme aussi de porter à son dernier terme une découverte qui n'est qu'ébauchée, me semble un but et une œuvre d'intelligence. »

L'Assemblée décide ensuite que les médailles obtenues par MM. Brasseur, De Condé et De Bruyn, leur seront remises en séance publique, s'ils sont présents.

3° M. Tallois fait, au nom du Bureau, le rapport suivant sur la dernière demande de M. le Ministre de l'Intérieur, énoncée à l'article des Communications du Gouvernement :

« Messieurs,

Par dépêche en date du 13 de ce mois, M. le Ministre de l'Intérieur a demandé l'avis de l'Académie sur la question de savoir : « *Si, au point de vue de la science et des convenances, il y a lieu d'autoriser les personnes du sexe à pratiquer d'autres branches de l'art de guérir que celle des accouchements, et notamment l'art du dentiste, alors même qu'elles auraient déjà subi ou qu'elles se disposeraient à subir les examens requis pour obtenir cette autorisation.* »

Cette question a déjà fait l'objet des délibérations de votre Commission de législation, qui a émis dans le rapport qu'elle vous a présenté, dans votre séance du 28 février 1842, l'avis suivant :

« Il n'y aurait donc désormais en Belgique qu'une seule classe de *docteurs ;* il y aurait encore des *pharmaciens,* des *droguistes* et des *sages-femmes ;* attendu que nous nous proposons de demander en même temps la suppression d'une autre classe d'hommes de l'art que la

loi du 27 septembre 1835 n'a pas défendu de créer, à savoir, les *dentistes,* qui déshonorent, pour la plûpart, et leur propre profession et la nôtre, car nous ne pouvons pas faire, Messieurs, qu'ils n'appartiennent pas au corps médical.

« Dans notre système, le docteur en médecine se livrerait, au gré de ses convenances et de son aptitude à l'exercice de l'art du dentiste; ce n'est, suivant nous, que par ce moyen qu'il est possible de tirer cette profession de l'état d'abjection où elle est tombée, et de donner à la population des garanties qu'elle est loin de posséder aujourd'hui. »

Le rapport dont cet extrait fait partie, a été discuté dans les séances privées de la Compagnie en date des 28 février, 1er et 28 mars 1842, et vous avez décidé dans cette dernière séance, qu'il serait transmis à M. le Ministre de l'Intérieur, en réponse aux questions qu'il vous avait adressées sur les modifications à introduire dans les dispositions des articles 4, 11 et 12 de la loi du 12 mars 1818, et 50 de la loi du 27 septembre 1835.

La demande qui vous est soumise aujourd'hui, par M. le Ministre de l'Intérieur, a donc fait l'objet de vos délibérations, et nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de modifier l'opinion émise en 1842 par votre Commission de législation (1). Mais permettez-nous, Messieurs, d'appuyer cette opinion de quelques considérations.

Le dentiste est appelé non-seulement à manier fréquemment les instruments de chirurgie, mais encore à guérir de nombreuses affections dentaires par le secours

---

(1) Voir *Bulletin,* tom. Ier, pages 252 et 503.

de la médecine interne ; il faut qu'il puisse connaître au premier aspect la constitution et l'état de santé de chaque sujet. Il doit donc nécessairement avoir fait les mêmes études élémentaires que celui qui veut exercer la médecine ou la chirurgie. Il faut, en outre, qu'il soit doué de beaucoup d'esprit d'invention, d'adresse et de sang-froid pour exécuter les nombreuses opérations chirurgicales et mécaniques que réclame l'appareil buccal. Or, on peut le dire, il faut souvent plus de dextérité, de méthode et d'invention pour extraire certaines dents cariées, sans les briser, que pour faire certaines amputations.

Si donc le dentiste doit avoir ces connaissances, posséder ces qualités, il est évident que les femmes auxquelles l'étude de la médecine et de la chirurgie est interdite, ne peuvent exercer l'art du dentiste.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur la question de convenance. Vous sentirez facilement, Messieurs, que même sous ce point de vue, l'interdiction doit être prononcée. Il vous paraîtra, comme à nous, qu'une femme qui serait obligée d'exercer l'art du dentiste chez des hommes, ne pourrait se livrer à tous les actes qu'exige la pratique, sans que la décence et même la pudeur qui sont l'apanage du sexe, n'eussent à en souffrir.

Nous pensons « qu'au point de vue de la science et des convenances, les personnes du sexe ne peuvent être autorisées à pratiquer d'autres branches de l'art de guérir que celle d'accoucheuses, avec le titre de sage-femme, dans les limites de la législation de 1818. Elles ne doivent donc pas pouvoir être admises aux examens requis pour l'obtention du diplôme de dentiste. »

— L'Académie adopte les conclusions de ce rapport,

qui sera communiqué à M. le Ministre de l'Intérieur, en lui donnant avis de la résolution qui a été prise.

4° M. le Président fait connaître que le Bureau, dans la prévision que la Compagnie accepterait, ainsi qu'elle vient de le faire, la proposition qui lui a été soumise par lui, en vue d'activer les travaux scientifiques, a nommé :

1° Une Commission, composée de MM. De Hemptinne, Sauveur et Tallois, chargée de faire un rapport sur le travail de M. Chevallier, de Paris, intitulé : *Essai sur les coliques métalliques*;.

2° Une Commission, composée de MM. Graux, Lebeau et Seutin, pour examiner le Mémoire de M. Jules Guérin, membre correspondant, à Paris, relatif au *traitement abortif des tumeurs phlegmoneuses par l'incision sous-cutanée.*

L'Académie sanctionne ces dispositions du Bureau, et M. Sauveur fait immédiatement un rapport verbal sur la communication de M. Chevallier, dont il propose, au nom de la Commission, l'impression dans le Bulletin.

L'Académie adopte cette proposition, et vote de même l'impression, dans le Bulletin, du Mémoire de M. Jules Guérin, sur la proposition de M. Graux, rapporteur de la seconde Commission.

IV. — COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

Essai *sur les coliques métalliques* (1); par A. Chevallier, membre honoraire.

HISTORIQUE.

Les accidents et les maladies plus ou moins graves qui sont dus aux préparations de plomb sont très-nombreux, et divers auteurs qui se sont occupés de recherches sur ce sujet, et parmi lesquels on doit citer Stockhusen, Astruc, Bonté, Gardane, Bordeu, Bourdelin, Combalusier, Dehaen, Huxham, Dubois, Kænic, Wilson, Fischer, Percival, Zeller, Ramazini, Fothergill, Ranque, Gmelin, Cohausen, Schwaller, Gockel, Bruner, Backer, Deering, Fourcroy, Des Bois de Rochefort, Mérat, Gendrin, Tanquerel des Planches, etc, etc., ont par leurs travaux démontré que les préparations de plomb pouvaient, administrées à l'intérieur, appliquées à l'extérieur, enfin absorbées par les voies aériennes ou par le tissu cutané, donner lieu à la colique saturnine et aux accidents qui en sont la suite.

On a cité à l'appui de ces opinions :

1° Des faits qui démontrent que les vins et les cidres qui contiennent des sels de plomb, peuvent donner lieu aux maladies les plus graves (2);

---

(1) Le but que nous nous sommes proposé en publiant ces essais, que nous regardons comme très-incomplets, est d'engager les médecins à étudier les malades atteints de coliques métalliques; bien convaincu qu'il y a encore beaucoup d'observations à faire sur les sujets qui en sont atteints.

(2) Zeller qui étudia les causes d'une colique épidémique dans un des cantons de l'Allemagne, reconnut que cette colique était due au plomb avec lequel on avait adouci des vins trop verts. Citois décrit une colique épidémique due aux mêmes causes.

Bourdelin, en 1775, eut à soigner, dans l'un des faubourgs de Paris,

2° Des observations qui font voir que l'application sur la peau d'oxydes et sels de plomb, de cosmétiques préparés avec des produits contenant du plomb, et d'emplâtres contenant de l'oxyde ou des stéarates de plomb, avaient donné lieu à des accidents, à des coliques saturnines (1);

3° Des documents recueillis dans les hôpitaux par les ordres de l'Administration, documents qui démon-

---

cinquante-quatre malades atteints de coliques saturnines dues à l'usage du vin lithargiré. (*Traité des maladies causées par la litharge, de Samuel Stockhusen, traduit par Gardane,* 1776, page 106.)

En 1839 ou 1840, une épidémie qui se déclara au camp établi près de Compiègne, fut reconnue être due à l'usage de vins très-verts, adoucis par l'acétate de plomb. Le paysan qui avait adouci ces vins fut condamné.

Huxham qui étudia la colique du comté de Devon, crut qu'elle était due à l'usage du cidre trop vert; mais Backer démontra qu'elle était le résultat de l'emploi du cidre contenant des sels de plomb.

En 1841, des cidres vendus à Paris ayant donné lieu à des accidents, on reconnut, par l'analyse chimique, que ces cidres contenaient du plomb. (*Ann. d'Hygiène,* 1842, t. 27, p. 104.)

(1) On trouve des renseignements qui viennent à l'appui de ces observations dans diverses publications; nous laisserons de côté ces renseignements qui remontent à une époque déjà éloignée, pour indiquer les faits observés plus récemment. On trouve dans *les Annales d'hygiène*, t. 8, p. 324 : 1° des détails sur des accidents survenus à un garçon épicier qui avait employé une préparation lithargirée pour faire passer au noir la couleur rouge de ses cheveux; 2° l'exposé d'un fait recueilli par l'un des membres du Conseil de salubrité, et qui est relatif aux accidents survenus chez un officier qui, à l'aide d'une préparation lithargirée vendue chez un marchand, avait voulu noircir ses favoris qui étaient rouges. Un second fait, tout à fait analogue, fut constaté par un autre membre du Conseil de salubrité; 3° On a reconnu que M. D.... était atteint de coliques analogues aux coliques de plomb; que ces coliques furent attribuées à l'usage d'une pommade avec laquelle il se blanchissait les mains, pommade qui contenait du carbonate de plomb, connu sous le nom de *blanc d'argent;* en effet, les coliques observées chez ce malade, cessèrent dès qu'il ne fit plus usage de cette pommade. (*Bull. de Thérapeutique,* t. 14, p. 193.); 4° On a vu l'application d'un emplâtre plombique sur des plaies, donner lieu à des coliques saturnines.

trent que les ouvriers qui exercent diverses professions dans lesquelles on emploie le plomb ou les sels de plomb, sont exposés à la colique saturnine et à tous les accidents qui sont quelquefois la suite de cette horrible maladie.

DES PROFESSIONS DANS LESQUELLES LES OUVRIERS SONT LE PLUS SOUVENT ATTEINTS DE LA COLIQUE MÉTALLIQUE.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur les professions dans l'exercice desquelles les ouvriers sont exposés à la colique de plomb et aux suites de cette maladie; on est souvent induit en erreur par les renseignements qu'on obtient, de façon qu'on ne peut se prononcer d'une manière bien affirmative. Quoi qu'il en soit, voici le résumé des observations faites pendant cinq ans dans les hôpitaux de Paris (1838 à 1842 inclus), observations à l'aide desquelles on peut établir l'ordre numérique suivant, sur les 1330 ouvriers atteints de coliques métalliques, reçus dans les hôpitaux de Paris :

1° Ouvriers cérusiers.	841
2° Ouvriers peintres.	310
3° Ouvriers se rattachant aux travaux de l'imprimerie.	33
4° Broyeurs de couleurs.	29
5° Ouvriers travaillant les métaux	22
6° Ouvriers potiers de terre.	11
7° Ouvriers fondeurs.	6
8° Ouvriers doreurs	4
9° Ouvriers polisseurs.	4
10° Ouvriers verriers.	3
11° Ouvriers vernisseurs.	2
12° Ouvriers bijoutiers.	2
13° Ouvriers émailleurs	2
14° Ouvriers ciseleurs.	1
15° Ouvriers tourneurs	1
16° Ouvriers travaillant dans les produits chimiques.	1
17° Ouvriers lapidaires	1

Outre les ouvriers ainsi désignés, on a indiqué sous le nom de *journaliers,* cinquante-sept individus dont la profession n'est pas connue.

On conçoit que le tableau que nous donnons ici, des malades atteints de coliques de plomb, doit être différent de ceux qu'on pourrait établir dans diverses localités, et cela s'explique puisque l'on sait : 1° qu'il est des localités où l'on s'occupe de l'exploitation des mines de plomb, et que là les ouvriers, par suite de leurs travaux, peuvent être atteints de la colique saturnine (1); 2° que M. Dalmanèche a établi que les *tisserands à la Jacquart,* peuvent être atteints de la colique de plomb, par suite de la division et de l'altération des cylindres en plomb au nombre de 1000 au moins et de 8000 au plus, qui tiennent les fils suspendus, fils qui frottent continuellement les uns contre les autres pendant le travail. (*Ann. d'hygiène,* t. 27, p. 205.)

L'examen de ce tableau démontre cependant que les malheureux ouvriers qui travaillent dans les fabriques de blanc de plomb, sont les plus maltraités par la maladie; en effet, on sait que les huit cent quarante et un cérusiers malades, ci-dessus mentionnés, sortent de six fabriques : la première qui emploie de soixante-dix à quatre-vingts ouvriers, a envoyé, en cinq ans, six cent trente ouvriers dans les hôpitaux; la deuxième qui fait travailler de quarante à cinquante ouvriers, en a envoyé cent quarante-trois; celle de Grenelle, qui n'existe plus

(1) On trouve dans les travaux exécutés en Belgique, un exemple des maladies causées par les sels de plomb, maladies qui ne s'observent pas dans d'autres localités. M. Leroy, pharmacien à Bruxelles, nous a fait connaître en effet celles qu'éprouvent les ouvrières qui, à l'aide *du blanc de krems,* donnent de l'éclat et de la blancheur aux dentelles.

et qui employait de douze à quinze ouvriers, en a envoyé trente-deux ; les trois autres fabriques que nous ne mentionnons que pour mémoire, puisqu'elles ne fonctionnent plus, ont envoyé dans les hôpitaux sept malades seulement. Nous devons cependant dire ici que sur les huit cent quarante et un malades, vingt-neuf de ces ouvriers avaient travaillé successivement dans diverses fabriques de blanc de plomb, ce qui empêche de déterminer d'une manière précise dans quel lieu ils ont contracté la maladie.

Si les professions, autres que celle de cérusiers, étaient atteintes aussi fréquemment de la colique de plomb et dans les mêmes proportions, il faudrait, nous n'en doutons pas, proscrire à l'instant même le travail du plomb et de ses préparations, pour faire cesser les empoisonnements que ces travaux déterminent, puisque six fabriques seulement avaient envoyé, en cinq ans, huit cent quarante et un malades dans les hôpitaux et que sur ces huit cent quarante et un cas, malgré les soins qui sont donnés avec tant de discernement, cinquante-cinq ont été suivis de mort.

Les proportions dans lesquelles les ouvriers des autres professions sont atteints, ne sont pas comparables ; en effet, dans le tableau qui précède, on compte trois cent dix ouvriers peintres ; or, on sait qu'il y a à Paris quatre cent vingt-cinq entrepreneurs de peintures, et en supposant que ces entrepreneurs emploient chacun dix ouvriers, on aurait une population de 4,250 individus, ou 2,125 seulement, si l'on admet que ces entrepreneurs n'emploient chacun que cinq ouvriers ; encore ne faisons-nous entrer dans la formation des chiffres de la population que les peintres en bâtiments, quoiqu'on sache que les artistes ont été souvent atteints de la co-

lique de plomb ; mais très-rarement les artistes vont chercher des secours hors de leur domicile.

On a reçu dans les hôpitaux trente-trois ouvriers se rattachant aux travaux de l'imprimerie, et il y a à Paris quatre-vingts imprimeurs qui emploient de quinze à seize cents ouvriers ; nous dirons qu'il faut encore admettre dans ces trente-trois malades, les ouvriers qui travaillent à la fabrication et à l'impression des cartes lithographiées, dites *de porcelaine*.

Les broyeurs de couleurs au nombre de vingt-neuf, sont encore loin d'être, comme les cérusiers, atteints dans leurs travaux par la colique saturnine ; en effet, il y a à Paris plus de deux cent cinquante marchands de couleurs et vernis, qui emploient des broyeurs pour amener la céruse et les autres couleurs à l'état pâteux ; il est cependant probable que parmi les trois cent dix ouvriers peintres, il en est qui ont été atteints de coliques métalliques pour avoir broyé des couleurs.

Les ouvriers travaillant les métaux, le cuivre et ses alliages, ainsi que le plomb métallique, sont fort heureusement peu sujets à la colique métallique ; en effet, dans cinq ans on n'en a reçu que vingt-deux dans les hôpitaux de Paris (1). On sait cependant que les ouvriers qui travaillent les métaux sont en très-grand nombre ; on compte seulement de quatre-vingt-dix à cent plombiers

(1) Nous avons eu soin d'annoncer que les chiffres que nous donnons ici, soit par rapport aux professions, soit par rapport aux ouvriers des diverses professions admis dans les hôpitaux, ne sont peut-être pas de la plus grande exactitude, et que dans le classement des malades, il peut y avoir eu des erreurs ; mais ces chiffres peuvent au moins être considérés comme une moyenne.

qui emploient tous un plus ou moins grand nombre d'ouvriers.

Les ouvriers potiers de terre ont fourni un effectif de onze malades, ce qui est un chiffre assez élevé en raison des autres professions, si l'on considère qu'il n'y a à Paris que quarante-trois maîtres qui exercent cette industrie.

Les ouvriers fondeurs, parmi les ouvriers qui travaillent les métaux, courent peu de danger relativement à la colique métallique. En effet, on voit que dans les cinq années 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, il n'en est entré que six dans les hôpitaux.

Il en est de même des ouvriers doreurs, polisseurs, verriers, vernisseurs, bijoutiers, émailleurs, ciseleurs, tourneurs, lapidaires, et des ouvriers qui travaillent aux produits chimiques, puisque ces professions réunies n'ont envoyé, en cinq ans, que vingt et un malades dans les hôpitaux (1).

DES CÉRUSIERS : OBSERVATIONS FAITES DANS LES FABRIQUES; RENSEIGNEMENTS PRIS AUPRÈS DES FABRICANTS ET DES OUVRIERS. — OPINION DES MÉDECINS.

Le grand nombre d'ouvriers cérusiers atteints de coliques métalliques, et la gravité des accidents ont depuis longtemps fixé notre attention, et nous nous sommes constamment occupé depuis 1827, à rechercher quels seraient les moyens à mettre en pratique pour faire cesser le mal, ou tout au moins pour amener une diminution dans le nombre des malades. Jusqu'à présent nos efforts n'ont pas eu les résultats que nous

(1) Ces faits démontrent l'exagération qui a été mise dans un ouvrage adressé à l'Institut, par un docteur en médecine.

en espérions, par la raison que, pour obtenir ces résultats, il eût fallu pouvoir prendre des mesures sévères, les ordonner, les faire exécuter : chose difficile, même pour l'autorité, de laquelle on exige beaucoup, mais à laquelle on n'obéit que comme contraint et forcé.

Nos premières recherches nous avaient fait connaître que, parmi les ouvriers employés dans les fabriques, il y a beaucoup d'hommes, peu de femmes et quelquefois des enfants; que, selon quelques manufacturiers, les hommes sont atteints plus facilement de la colique de plomb que ne le sont les femmes; que, selon d'autres, M. Labrosse, par exemple, dont la fabrique était à Courbevoie (1), les femmes sont plus prédisposées aux coliques saturnines. M. le docteur Renauldin qui partageait l'avis des premiers, a établi que si les femmes sont moins souvent malades que les hommes, c'est qu'elles ne sont point exposées aux mêmes travaux; qu'elles ne font le plus souvent que des travaux dans lesquels elles ne manient pas la céruse, et qu'elles ne respirent pas la poussière du carbonate de plomb. On conçoit que pour établir quelque chose de positif sur des opinions aussi différentes, il faudrait pouvoir dans une fabrique, suivre les ouvriers et les ouvrières, tenir note du nombre des personnes des deux sexes qui y sont employées, des travaux qu'elles exécutent, enfin du nombre des accidents qui se seraient déclarés, et de leur gravité. Un travail semblable nous paraît presqu'impossible à faire, à moins qu'il ne soit exécuté par des hommes intelligents, dans

(1) Cette fabrique est entre les mains de MM. Ameline; elle a été transportée à Ivry.

les fabriques même et par les ordres des fabricants.

Il résulte aussi des travaux que nous avons entrepris, qu'il est impossible d'établir la moyenne du nombre des ouvriers atteints de la colique métallique, parce que cette moyenne varie en raison de la constitution des ouvriers, de leur régime, de la température, de la ventilation des ateliers, du degré de propreté des hommes et des choses. On peut avoir la preuve de ce que nous avançons dans la comparaison qu'on a faite de la fabrique de M. Th. Lefevre, dans laquelle on employait de cent cinq à cent vingt ouvriers et qui n'avait que cinquante à cinquante-quatre malades par année, avec d'autres fabriques, où l'on employait un nombre moindre de travailleurs, et où l'on avait de cent trente à cent soixante-dix malades dans le même laps de temps (1).

La maladie se fait sentir plusieurs fois chez le même ouvrier : ainsi, il est des ouvriers qui ont eu jusqu'à onze et douze fois la colique de plomb ; il en est cependant qui ont travaillé des années entières sans éprouver d'indisposition, mais ceux qui ont ainsi pu résister, étaient nés dans les campagnes, accoutumés à boire beaucoup de laitage et se faisaient une loi d'éviter des excès de quelque genre qu'ils fussent.

Les ouvriers qui ont subi des atteintes une première fois, sont bien plus exposés à des atteintes ultérieures ; les rechutes sont plus imminentes, surtout lorsque l'ou-

---

(1) Par une lettre, M. Théodore Lefevre nous donnait les résultats suivants sur les ouvriers employés dans sa fabrique : malades guéris en trois ou six jours, en 1840, 54 sur 105 ; — en 1841, 51 sur 110 ; — en 1842, 44 sur 99 ; — en 1843, 41 sur 115 ; — en 1844, 46 sur 120 ; — en 1845, 9 sur 110.

vrier reprend son travail sans attendre le rétablissement de ses forces.

Les ouvriers qui font des excès, sont plus que les autres prédisposés à la colique de plomb ; ceux qui habitent l'établissement même, le sont plus que ceux qui sont forcés de faire un trajet pour se rendre des lieux d'habitation à la fabrique.

Il est impossible, pour diverses raisons, d'établir l'espace de temps pendant lequel un ouvrier peut travailler à la fabrication de la céruse avant d'être atteint par la maladie ; en effet la population de quelques-unes de ces fabriques est en grande partie nomade, parce que dans beaucoup de cas, on n'accepte ce genre de travail qu'à défaut d'un autre ; d'ailleurs les individus diffèrent les uns des autres par la constitution, l'ordre, le régime, la propreté, etc.

Cependant l'on sait que des ouvriers sont restés dans les fabriques pendant un laps de temps assez considérable. Ainsi M. Lefevre, de Lille, a vu des ouvriers travailler pendant dix-huit et dix-neuf ans à la fabrication de la céruse sans avoir éprouvé d'indispositions assez graves pour les forcer de quitter le travail. M. Stollé, de Strasbourg, nous écrivait qu'il y avait des ouvriers qui étaient restés vingt et même trente ans dans des fabriques de céruse, où le procédé hollandais était mis en usage. M. Deheque dit qu'on peut travailler indéfiniment à la céruse en prenant des précautions hygiéniques et en s'abstenant des écarts de régime. M. Labrosse a émis le même avis, mais M. Breschot qui a dirigé une grande fabrique, celle de Clichy, n'est pas de cet avis : il dit qu'il est rare qu'un ouvrier puisse travailler un mois sans être frappé.

La question de savoir si les ouvriers cérusiers meurent jeunes, a été soulevée : M. le docteur Renauldin a émis l'opinion que ces ouvriers meurent prématurément et que leur vieillesse est anticipée, et M. Tanquerel des Planches pense qu'ils vieillissent avant le temps fixé par la nature, et qu'ils deviennent infirmes de bonne heure.

DES PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR ÉVITER LES ACCIDENTS.

Des précautions nombreuses peuvent, jusqu'à un certain point, prévenir les maladies déterminées par le plomb ; mais il est difficile de forcer les ouvriers à prendre ces précautions. Il faut combattre leur insouciance et les obliger à suivre des conseils qu'ils repoussent souvent, fiers pour ainsi dire de braver le danger et de courir au devant des maladies qui portent souvent dans leur famille la misère et le désespoir.

Voici, en général, les précautions suivies dans diverses fabriques :

1° On établit des ateliers spacieux, bien ventilés ;

2° On ne permet aux ouvriers de toucher la céruse que lorsqu'elle est humide ;

3° On prescrit des mesures de propreté, le lavage des mains, le changement d'habits ;

4° On exige que les ouvriers placent sur leur figure des linges mouillés, des *masques à éponges*. (Le règlement le plus complet est celui qui a été rédigé pour la fabrique de M. Tyrrel, à Londres.)

Toutes ces mesures de précautions sont très-utiles, elles sont bien ordonnées, mais elles ne sont pas exécutées ; ainsi nous avons vu des ouvriers prendre leur repas sans s'être lavé les mains, nous en avons vu d'au-

tres prendre du tabac avec leurs doigts imprégnés de céruse, etc., etc.

Une des réformes les plus utiles, selon nous, serait d'exiger qu'un médecin fût attaché à chaque établissement et que ce médecin fût tenu de faire, à de très-courts intervalles, des visites dans lesquelles les ouvriers seraient examinés, puis forcés de quitter leurs travaux lorsque des signes indiqueraient qu'il y a danger pour leur santé; selon le dire des personnes qui ont étudié la question, cette marche serait déjà adoptée en Allemagne et en Hollande. Elle est en pratique, à Lille, chez M. Lefevre, et les ouvriers se trouvent bien de cette adjonction, ainsi que nous nous en sommes assuré il y a quelques années.

Nous avions pensé que ce qui se faisait à l'étranger, que ce qui se pratiquait à Lille, devait être exigé à Paris. Nous en avions fait la demande, dans l'intérêt des ouvriers et dans celui des fabricants, mais nous n'avons pu jusqu'à ce jour obtenir que cette mesure fût mise en pratique (1); elle eût été, selon nous, essentielle pour les ouvriers qui, par un repos de quelques jours, eussent évité la maladie et un séjour plus ou moins long à l'hôpital; elle eût profité aux fabricants, puisque l'ouvrier bien portant fait plus de travail que n'en peut faire l'ouvrier maladif.

La présence d'un médecin dans une fabrique, ses visites journalières, lui auraient permis de reconnaître quelles sont les opérations les plus dangereuses, point sur lequel on n'est pas encore bien d'accord : en effet, si l'on consulte les fabricants, les uns disent que la séparation

(1) Des médecins se sont opposés à ce que notre demande fût prise en considération.

de la céruse formée sur les lames de plomb, sur lesquelles elle se produit, et la trituration sont des opérations plus dangereuses que la mise au séchoir et que l'embarillage ; d'autres disent le contraire ; si l'on consulte les ouvriers, ils ne sont pas plus d'accord que les fabricants.

On conçoit tout l'avantage qu'on pourrait tirer d'observations faites par un médecin intelligent ; les opérations les plus dangereuses une fois connues, on prendrait des mesures convenables pour diminuer le danger, et l'on ferait alterner les ouvriers qui en seraient chargés. Ces médecins consultés par l'Administration, la mettraient à même de modifier les mesures qu'elle a publiées relativement aux fabriques de céruse, si l'on ne pouvait toutefois employer des machines.

Nous avons cherché à savoir de diverses personnes qui font usage des différents procédés de fabrication proposés par les auteurs, si quelques-uns de ces procédés présentaient moins de danger que les autres, sous le rapport de l'hygiène des ouvriers ; mais le peu de renseignements que nous avons reçus, n'a pu nous éclairer sur cette importante question ; car ces renseignements ne concordent pas entre eux, et de plus il nous semble que pour bien juger un procédé, il faut qu'il soit mis en pratique sur une grande échelle (1).

Lorsque nous avons demandé qu'un médecin fût attaché aux fabriques de céruse, on souleva la question de savoir si les ouvriers qui sont sur le point d'être ma-

---

(1) Il serait à désirer que l'Administration proposât un prix spécial pour la personne qui indiquerait une manière de préparer le blanc de plomb inoffensive pour les ouvriers ; l'attention n'est pas assez éveillée par le prix Monthyon, qui pourrait être aussi décerné à l'auteur d'un Mémoire sur ce sujet.

lades, présentent des signes précurseurs de la maladie. Nous avons rappelé à cette occasion que de diverses questions adressées à des médecins et à des manufacturiers, il résultait :

1° Selon les fabricants :

Que les ouvriers qui sont sur le point d'éprouver des accidents dus au plomb, ont l'air abattu, la face ridée, pâle et jaune, et les yeux creux; qu'ils deviennent tristes; qu'ils ne mangent plus; que le tour du nez et de la bouche prend une teinte jaunâtre; que les lèvres sont tremblantes et froides, et qu'ils ont de la constipation.

2° Selon plusieurs praticiens :

Que chez les ouvriers prédisposés à la maladie, il y a une coloration bleuâtre du collet des dents et de la membrane muqueuse buccale; qu'ils ressentent une saveur sucrée, et qu'enfin ils ont l'haleine d'une odeur particulière, dite *saturnine*.

Il nous semble qu'un médecin habile qui verrait beaucoup de ces ouvriers, aurait bientôt saisi ces prodromes de la maladie et pourrait facilement arrêter le mal avant son développement; c'est ce que l'on fait à Lille chez M. Lefevre. A peine les ouvriers sont-ils indisposés qu'ils sont traités par le médecin, M. Degland; aussi n'a-t-on pas dans cette belle fabrique à déplorer, comme à Paris, soit la mort de malheureux ouvriers, soit la perte des longues journées qu'ils passent à l'hôpital en laissant leurs familles dans la misère.

DIFFÉRENCES DANS LES MALADIES DITES COLIQUES SATURNINES ET DANS LEURS CAUSES.

Toutes les maladies traitées dans les hôpitaux sous le nom de coliques saturnines reconnaissent-elles les mêmes cau-

ses? Nous nous sommes souvent posé cette question et nous avons fait bien des recherches pour en obtenir la solution ; voici ce que nous pensons à ce sujet :

I. Les maladies qui affectent les ouvriers cérusiers qui broient la céruse, ainsi que les ouvriers qui travaillent à la fabrication du minium, sont dues à ces préparations plombiques (1).

II. La maladie des ouvriers peintres peut, selon nous, pour ceux qui broient la céruse avant qu'elle soit humectée par l'huile, être due aux préparations plombiques, et pour les autres, aux émanations des huiles essentielles employées en peinture. Ce qui nous porte à avancer cette opinion (que depuis cinq ans et plus nous émettons dans nos rapports au Conseil de salubrité), ce sont les observations que nous avons faites sur les ouvriers peintres, observations qui nous avaient conduit à admettre l'idée que ceux qui n'emploient que de la céruse mêlée à de l'huile et qui touchent à peine ce mélange oléagineux qu'on étend au pinceau, ne devaient point leurs maladies à la petite quantité de ce mélange qui pourrait être en contact avec le tissu cutané, mais qu'ils la devaient à l'essence de térébenthine. Ces observations ont acquis une grande force 1° par le décès du docteur Corsin qui succomba pour avoir couché dans un appartement nouvellement peint ; 2° par les travaux de M. Lassaigne qui vit que

(1) Nous avons voulu, lorsque nous étions à étudier la question de savoir quels seraient les moyens de prévenir les accidents chez les ouvriers cérusiers, reconnaître si les maladies qui affectent ces ouvriers, étaient différentes de celles dont sont atteints ceux qui préparent le minium ; mais nous n'avons pu nous éclairer à ce sujet ; les praticiens, les fabricants, les faits même ne se sont pas trouvés d'accord, de manière que c'est encore une question qui ne peut être résolue qu'après des études plus approfondies.

l'air, dans une pièce nouvellement peinte, ne renferme pas de plomb ; 3° par les notes adressées par M. Miahle, à l'Académie royale de médecine, notes dans lesquelles ce praticien fait connaître les essais qu'il a faits (1) sur de l'air qui avait passé dans une boîte peinte à l'intérieur avec du blanc de plomb, de l'huile et de l'essence de térébenthine, et sur de l'air qui avait passé dans une boîte peinte avec de la céruse délayée dans de l'huile et sans essence.

Par suite de ces essais, M. Miahle vit :

1° Que l'air qui avait traversé la boîte peinte avec le blanc de plomb mêlé à l'huile et à l'essence, était, en raison de son odeur, susceptible de rendre malades ceux qui seraient forcés de le respirer : conduit dans un vase contenant de l'acide nitrique, il a fourni des traces de plomb, mais ces traces étaient des plus minimes ; mille litres de cet air ainsi traité, n'ont fourni qu'un milligramme de plomb ;

2° Que l'air qui avait traversé la boîte peinte au blanc de plomb et à l'huile, sans essence, avait à peine de l'odeur : traité par l'acide nitrique, comme le précédent, il n'a pas fourni la moindre trace de plomb.

De ces recherches, M. Miahle a conclu, comme l'avait fait M. Lassaigne (et nous partageons l'opinion émise par ces savants) :

1° Que les accidents qu'on observe chez certains ouvriers, sont dus à l'absorption d'une certaine quantité d'essence, absorption qui est nuisible à la santé et qui, portée à un certain degré, détermine l'asphyxie ;

2° Que telle est certainement le mode d'action des pein-

---

(1) Ces essais rappellent ceux de M. Lassaigne.

tures aux essences, que ces peintures soient ou non à base d'un composé plombique ;

3° Que l'affection qui se développe, alors que l'on en respire les vapeurs méphitiques, n'a rien de commun avec les *véritables coliques saturnines ;*

4° Que de pareilles émanations peuvent, il est vrai, constituer une des causes efficientes de cette dernière maladie, mais que jamais elles n'en constituent la cause occasionnelle.

A l'appui de l'opinion qui nous est commune avec M. Miahle, nous citerons celle de M. Royer-Collard qui a établi que les effets physiologiques du plomb, sont on ne peut plus mal connus ; qu'on les a confondus avec beaucoup de cas dans lesquels le plomb n'agissait pas seul, ou dans lesquels même il n'était pas la cause du mal.

Un fait qui vient encore appuyer l'opinion que nous avançons, a été consigné dans le *Journal de chimie*, année 1843, page 347. Ce fait démontre que M. Journiel, pharmacien, à Melun (Seine et Marne), alors élève en pharmacie, fut très-fortement indisposé pour avoir couché dans une chambre dont le papier avait été recouvert d'une couche de colle de pâte, puis d'une couche d'un vernis à l'alcool, allongé d'essence de térébenthine ; là il n'y avait pas de plomb.

III. Les maladies qui affectent les ouvriers qui travaillent les métaux, *les ouvriers potiers de terre, les fondeurs, les doreurs, les polisseurs, les verriers, les vernisseurs, les bijoutiers, les émailleurs, les ciseleurs, les tourneurs, les lapidaires,* peuvent être dues, dans quelques cas, aux poussières plombiques, mais dans d'autres, elles peuvent être attribuées aux poussières contenant du cuivre, du mercure, de l'arsenic. Nous placerons

encore parmi ces ouvriers, *les broyeurs de couleurs* qui s'occupent de la pulvérisation du vert de gris pour obtenir la couleur verte.

Cette opinion doit, nous le pensons, fixer l'attention des médecins des hôpitaux : ils pourraient élucider la question en interrogeant longuement les malades atteints de coliques métalliques. Ce qui me porte à émettre cette opinion, c'est que nous avons vu des personnes qui avaient été exposées à des émanations mercurielles, antimoniales et arsenicales, ressentir tous les symptômes qu'éprouvent les ouvriers cérusiers et particulièrement la rétraction de l'abdomen et la constipation.

Relativement aux coliques dues aux poussières cuivriques, nous avons été à même d'observer que des cas de maladie, mais en petit nombre, s'étaient déclarés sur des ouvriers qui travaillent le cuivre, et qui ont été reçus dans les hôpitaux.

On sait que M. Merat a établi que le cuivre donne lieu à des coliques métalliques et qu'on peut les combattre par le traitement de la Charité (traitement usité pour les coliques saturnines). N'est-on pas en droit de se demander si ces coliques de cuivre, n'ont pas été souvent prises pour des coliques de plomb, les malades ayant négligé de faire connaître aux médecins les professions qu'ils exercent et les conditions dans lesquelles ils ont contracté la maladie contre laquelle ils viennent implorer les secours de l'art !

Ce qui nous semble encore prouver que la colique de cuivre a pu souvent être confondue avec la colique saturnine, c'est l'opinion émise par M. Pidoye, docteur en médecine à Villedieu les Poëles (Manche), localité où trois cent onze ouvriers s'occupent de travailler le cui-

vre en grand. (*Annales d'hygiène,* tom. 30, pag. 260.) Ce savant s'exprime ainsi dans une lettre qu'il nous a adressée, en réponse à des questions que nous lui avions posées relativement à la santé des ouvriers qui travaillent le cuivre :

« Cette colique, *la colique de cuivre,* a, dans sa marche, ses symptômes, sa durée, sa terminaison, son traitement, une complète identité avec la colique de plomb. C'est à tort que les auteurs qui ont écrit sur cette maladie, signalent le dévoiement dans la colique cuivreuse, comme un symptôme caractéristique et différentiel de la colique saturnine, etc. »

N'en serait-il pas pour la colique causée par d'autres métaux, de même que pour la colique de cuivre? A-t-on étudié jusqu'ici avec assez de soin les symptômes des coliques dues au mercure, à l'antimoine, à l'arsenic?

IV. Les maladies qui affectent les ouvriers qui se rattachent aux travaux de l'imprimerie, méritent d'être le sujet d'un examen attentif, parce que rien n'affirme que ces maladies soient dues au plomb ou à l'antimoine. Nous avons su d'hommes pratiques que des chats, vivant depuis longtemps dans des imprimeries, avaient tout à coup succombé pour avoir bu, comme ils le faisaient ordinairement de l'eau dans laquelle on avait mis des caractères à tremper.

Ce qui vient à l'appui de cette opinion (1), ce sont les observations qu'on a faites sur les *polisseuses en caractères d'imprimerie.* On a vu de ces femmes travailler

---

(1) M. Pelouze ayant fondu de l'antimoine arsenical dans un creuset et l'ayant projeté sur le sol, les élèves qui se trouvaient dans l'amphithéâtre et qui respirèrent de ces vapeurs, furent tous pris de coliques.

pendant longtemps et sans accidents, à polir les caractères qui provenaient de la même fonte, mais un autre mélange, une autre *fonte* ayant été préparé, elles tombaient malades. Pourquoi, si l'on ne fait pas intervenir un troisième métal comme cause exceptionnelle, *un travail semblable, sur des alliages semblables, produirait-il des effets différents?*

Ces faits relatifs aux polisseuses nous ont été fournis par un contre-maître habile et exprimenté. Cet homme les avait vus se reproduire souvent et à des époques différentes pendant qu'il dirigeait les travaux d'un grand nombre de personnes s'occupant du polissage des caractères d'imprimerie.

Nous le répétons, une foule de faits ne pourront être éclaircis qu'en interrogeant et faisant causer les malades atteints de coliques métalliques, qui se rendent dans les hôpitaux, et en leur demandant des détails sur les opérations qu'ils exécutent, les produits qu'ils emploient, les impressions qu'ils éprouvent, etc., etc.

De tout ce qui précède il résulte pour nous :

1° Que sous le nom de coliques métalliques, de coliques saturnines, on a confondu des maladies qui peuvent n'être pas dues au plomb ni à ses composés, mais à l'antimoine, au mercure, au cuivre, à l'arsenic, à l'essence de térébenthine, etc. ;

2° Qu'il serait utile que l'attention des médecins fût fixée sur ces maladies afin de rechercher s'il y a des caractères pathologiques à l'aide desquels on pourrait les différencier.

Mémoire *sur le traitement abortif des tumeurs phlegmoneuses, par l'incision sous-cutanée;* par le docteur Jules Guérin, membre correspondant.

Dès l'année 1840, en faisant connaître nos premiers essais sur la méthode sous-cutanée, nous signalions, parmi les applications réalisées de cette méthode, « l'incision sous-cutanée des tumeurs phlegmoneuses commençantes, dans le but de produire le débridement et le dégorgement de ces tumeurs (1). » Dans des temps et des conditions ordinaires, cela eût suffi pour éveiller l'attention des praticiens. Mais des circonstances qu'il est inutile de rappeler, ont changé le cours naturel des choses; car, depuis lors, bien que nous ayons insisté à plusieurs reprises, dans notre enseignement et nos écrits, sur la simplicité du moyen, et sur son efficacité aussi rapide que certaine, personne jusqu'ici, que nous sachions, n'a encore essayé de soumettre au contrôle de l'expérience les avantages des incisions sous-cutanées, comme méthode de traitement abortif du phlegmon commençant. Au contraire, on continue à couvrir stérilement les parties de sangsues et de cataplasmes; on lutte pendant des semaines contre une suppuration qui n'est que retardée et modérée dans ses produits, et, sans compter les accidents spéciaux qui résultent assez souvent du siége de ces tumeurs au voisinage de certaines cavités, on se dévoue, ou plutôt on dévoue les pauvres malades aux conséquences toujours assez longues, assez douloureuses et souvent dangereuses des phlegmons suppurants.

---

(1) *Essais sur la méthode sous-cutanée*, page 34.

Cependant, nous le répétons, dans la plupart des cas, sinon dans tous, il serait possible de couper court au mal, de le juguler en quelque façon dès son origine. Si cette méthode exigeait un long apprentissage, si elle tendait à substituer une pratique difficile à une routine plus simple, si, sous quelque prétexte, elle était susceptible d'inconvénients, on comprendrait qu'elle dût subir l'espèce de quarantaine à laquelle sont soumises toutes les pratiques nouvelles. Mais c'est une méthode aussi simple que sûre; elle n'expose à aucun danger, elle n'exige, pour être appliquée avec avantage, que la connaissance des principes les plus généraux de la méthode sous-cutanée. Nous engageons donc les vrais praticiens, ceux qui n'ont d'autre souci que les progrès de la science et le bien des malades, à y recourir en toute sécurité. Pour les guider plus sûrement encore dans cette voie, nous allons rapporter quelques observations particulières empruntées aux différentes catégories de tumeurs phlegmoneuses commençantes que nous avons eu le bonheur de faire avorter à l'aide de l'incision sous-cutanée.

Le choix de ces faits détaillés, quoique peu nombreux, suffira :

1° Pour établir la réalité et l'efficacité de la méthode;

2° Pour montrer les différents cas, les différentes périodes, les différents degrés, où elle peut être employée, et les différents résultats qu'elle est susceptible de produire;

3° Pour régulariser le manuel opératoire, les indications et les principes de la méthode;

4° Enfin pour faire ressortir les circonstances qui peuvent éclairer la pathogénie du phlegmon.

§ I. OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

PREMIÈRE SÉRIE. — PHLEGMONS PROVOQUÉS.

Tumeur sanguine survenue cinq jours après la section des muscles sacro-lombaire et long-dorsal, par suite de la rupture de la cicatrice. — Symptômes d'inflammation commençante. — Ponction sous-cutanée. — Sortie d'un sang noir demi-coagulé. — Guérison sans accidents.

Obs. Ire. Mlle C. L., de Rio-Janeiro, âgée de quinze ans, en traitement pour une déviation latérale musculaire de l'épine, subit, le 11 septembre 1840, la section sous-cutanée de toute la masse commune gauche. La plaie musculaire avait 5 c. de largeur sur 2 à 3 de profondeur, et l'écartement des bouts divisés était de plus de 3 c. Cet écartement subitement opéré après la section, avait donné lieu à un grand espace vide dans lequel s'étaient précipités à la fois et l'air extérieur et le sang des petits vaisseaux ouverts par l'instrument. L'entrée de l'air avait été annoncée par un sifflement particulier, et sa présence se révélait par une crépitation manifeste sur le siége et à l'entour de la plaie. Cet air et ce sang furent expulsés aussi complétement que possible, la piqûre de la peau fermée avec un morceau de diachylum, et la compression exercée à l'aide d'un tampon soutenu par un bandage de corps. Aucun accident inflammatoire ne se développa. Le quatrième jour la plaie extérieure était réunie, les fluides épanchés étaient en partie résorbés ou organisés, quand des mouvements brusques de l'opérée ayant produit sans doute la rupture de la cicatrice, déterminent un nouvel épanchement.

Cet épanchement donne lieu à une tumeur conique du volume du poing, manifestement fluctuante. La peau qui la recouvre est très-tendue, un peu douloureuse, mais exempte de rougeur. Malaise général sans fièvre proprement dite.

Les choses sont laissées en cet état pendant plusieurs jours ; mais jugeant la quantité de sang épanché trop considérable pour pouvoir espérer une résorption complète, et craignant surtout le développement des symptômes inflammatoires qui avaient commencé à s'emparer de la tumeur, nous l'évacuons dès le quatrième jour par une ponction sous-cutanée.

Opération. — Large pli emprunté à la peau du flanc et ramené de dehors en dedans vers la base de la tumeur. Ponction avec une grosse sonde cannelée à dard, enfoncée à la base de ce pli. La cannelure de la sonde donne issue, avec l'aide de pressions répétées, à un sang demi-coagulé, ayant la couleur et la consistance de la gelée de groseille. Diachylum sur l'ouverture extérieure de la plaie ; compression du foyer à l'aide d'un tampon maintenu par un bandage de corps.

Le sujet a éprouvé, aussitôt après l'évacuation du foyer, un sentiment de bien-être très-prononcé.

La réunion de la plaie cutanée et l'adhésion des parois du foyer ont lieu immédiatement, sans le moindre signe d'inflammation locale. La cicatrice rompue s'est reformée et a marché sans accident jusqu'à son organisation complète et définitive.

Ce cas est des plus simples. Mais si, à cause de sa simplicité, on pouvait contester qu'il y eût imminence de phlegmon, qui méconnaîtra l'innocuité et l'efficacité réelle et rapide de la méthode? Le mal pouvait être plus

grand, mais le résultat ne saurait être plus certain. C'est donc déjà un premier point établi, savoir : que la méthode est simple, efficace ; et sans danger. Les cas suivants prêteront d'ailleurs leur autorité à celui qui précède.

Tumeur sanguine à la région lombaire droite ; consécutive à la section sous-cutanée du sacro-lombaire. — Introduction d'air dans la plaie. — Commencement d'inflammation du foyer. — Ponction sous-cutanée. — Sortie d'un sang noir de consistance lie de vin. — Disparition immédiate des accidents. — Réunion des parois du foyer par première intention.

Obs. II.—Mlle Hermance D..., âgée de quinze ans, constitution forte, tempérament nervoso-sanguin, présenta à la suite de la section sous-cutanée du sacro-lombaire gauche, une tumeur sanguine assez considérable.

Cette section, comprenant surtout les faisceaux costaux inférieurs du sacro-lombaire, avait été faite à la hauteur de la quatrième vertèbre lombaire. Comme ces faisceaux, malgré leur tension très-prononcée, étaient situés profondément et échelonnés sur une large surface, la plaie sous-cutanée dut être large et profonde. Elle avait 5 c. dans le premier sens, et 2 à 3 dans le second. L'écartement des bouts divisés fut de 3 c. Il en résulta donc un espace vide très-considérable, qui appela simultanément une certaine quantité de sang et d'air, dont la présence donna lieu à une tumeur crépitante. Des pressions réitérées firent sortir par le trajet de la ponction, une certaine quantité de sang écumeux ; mais la tumeur ne

disparut pas entièrement, et une partie du gaz se répandit dans le tissu cellulaire environnant. La piqûre de la peau fut fermée avec un morceau de diachylum, et la compression exercée à l'aide d'un tampon soutenu par un bandage de corps. Trois jours après, quand on leva l'appareil, la crépitation n'existait plus, mais la tumeur sanguine était un peu augmentée de volume; elle était de la grosseur et de la forme d'un œuf de poule. Le quatrième jour elle était plus arrondie, mieux circonscrite et douloureuse au toucher. La malade était dans un état d'agacement nerveux qui provoquait parfois des mouvements convulsifs. Il devenait évident qu'un commencement d'inflammation s'emparait du foyer, et il était, par cela même, urgent de le vider par la méthode sous-cutanée. C'est ce que nous fîmes immédiatement.

Opération. — Pli cutané sur le côté externe de la tumeur. Ponction à la base de ce pli au moyen de la sonde cannelée à dard portée de dehors en dedans jusque dans le foyer. La pression fait sortir par la cannelure de la sonde cinq à six cuillerées à bouche de sang, couleur café à l'eau, consistance lie de vin, mêlé de bulles de gaz. Pansement ordinaire; légère compression.

A peine la poche était-elle vidée que la douleur et les accidents nerveux avaient cessé. La malade a été gaie toute la journée et a bien dormi la nuit suivante. La plaie cutanée, le trajet de la ponction et la poche elle-même, se sont fermés par réunion immédiate, sans le moindre signe d'inflammation locale. La tumeur ne s'est pas reproduite.

Ici toujours même simplicité et efficacité du moyen; en outre l'imminence des accidents étant plus grande,

la valeur de la méthode s'accroît de la plus grande somme de dangers conjurés.

Tout ce que les deux observations qui précèdent tendent à prouver, quoique avec certaines restrictions permises à cause du peu de gravité des cas, se trouve mis hors de doute par le fait qui suit : on y verra en effet un exemple de tumeur phlegmoneuse des plus considérables, arrivée au point où les antiphlogistiques et autres moyens analogues n'auraient rien pu pour empêcher la suppuration.

Tumeur phlegmoneuse commençante dans la région dorso-lombaire, consécutive à une section sous-cutanée de la masse commune droite, et suite d'introduction de l'air dans la plaie. — Douleur locale vive s'irradiant dans tout le membre; tension extrême de la peau; tuméfaction conique; suppuration imminente; céphalalgie intense; fièvre; impossibilité de remuer sans provoquer de vives douleurs dans le siége de la tumeur. — Ponction sous-cutanée de la tumeur. — Évacuation d'un sang altéré mêlé de gaz. — Cessation immédiate des accidents locaux et généraux.

Obs. III. Mlle Emma U..., âgée de vingt et un ans, d'une bonne constitution, tempérament bilioso-sanguin, en traitement pour une forte déviation de l'épine, a subi le 19 novembre 1840, la section des faisceaux spinaux gauches dans la région dorsale moyenne, et des muscles de la masse commune à droite, au niveau de la première vertèbre lombaire. La peau de cette demoiselle était remarquablement épaisse et très-peu mobile sur les tissus sous-jacents. Cette circonstance ne nous ayant

pas permis de faire un pli cutané suffisamment étendu, il en était résulté, contre notre gré, que la ponction n'était pas très-distante de la plaie intérieure, et que les vaisseaux et nerfs sous-cutanés, n'avaient pas été soulevés et épargnés par l'instrument. D'un autre côté, la masse commune très-large et excessivement tendue, avait été coupée dans toute son épaisseur, d'où il était résulté une plaie sous-cutanée, large, profonde par suite du retrait des deux bouts de la masse musculaire divisée. Ces diverses circonstances avaient déterminé un épanchement de sang considérable et l'introduction de l'air dans la plaie. Cette introduction, provoquée par l'espace sous-cutané immédiatement formé entre les deux lèvres de la plaie, avait été annoncée par un sifflement très-prononcé, et la présence du fluide sous la peau par une crépitation très-appréciable encore au delà du siége de la plaie. Ce mélange d'air et de sang n'a pu être expulsé qu'en partie, attendu le peu de souplesse de la peau, et la profondeur de la plaie. Toutefois la piqûre extérieure avait été fermée avec le plus grand soin.

Pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'opération, les choses s'étaient passées comme de coutume. La plaie extérieure était complétement cicatrisée ; mais, au cinquième jour, la malade sentit, en voulant marcher, une douleur profonde, sourde, qui augmenta rapidement, et fut suivie en très-peu de temps d'une tuméfaction considérable. Le lendemain, la douleur était très-vive, s'irradiait en tous sens, et se prolongeait jusque dans le membre abdominal du même côté. La peau était rouge, tendue, rénittente. La tumeur avait acquis le volume du poing et offrait, à sa partie moyenne, une saillie conique luisante, un peu violacée comme dans le

phlegmon, avec suppuration imminente. Il y avait beaucoup de céphalalgie, fièvre, agitation générale, anorexie, soif; les parties étaient excessivement sensibles au toucher.

Convaincu que tous ces accidents ne pouvaient tenir qu'à la présence d'un caillot altéré par l'air introduit, et au développement des gaz résultant d'un commencement de décomposition du sang, je me déterminai à évacuer la tumeur par une ponction sous-cutanée. J'introduisis à la base d'un large pli de la peau, à 6 c. de la tumeur, une longue sonde cannelée à dard, et j'évacuai tout le liquide qu'elle renfermait. C'était un sang brun-noirâtre, visqueux entremêlé de bulles de gaz, et ayant éprouvé déjà un commencement de décomposition. Je vidai le foyer avec le plus grand soin. La tumeur débarrassée du sang et des gaz qu'elle contenait s'affaissa complétement. Occlusion de la plaie avec du diachylum; compression légère sur le foyer et le trajet de la plaie sous-cutanée. Quelques heures après cette opération tous les accidents avaient disparu comme par enchantement. Plus de mal de tête ni de fièvre; absence totale de douleur locale et de la cuisse; en un mot bien-être indicible. La ponction avait été pratiquée à une heure après-midi; le soir la malade avait faim : elle prit un potage et s'endormit jusqu'au lendemain. Aucun retour des symptômes inflammatoires, cicatrisation immédiate de la petite plaie cutanée.

La malade reprend son traitement orthopédique le troisième jour de cette opération.

Quoi de plus significatif et de plus concluant que ce fait? On dit que Scarpa a fait l'histoire des hernies au moyen de deux observations particulières : ne pourrait-on pas, avec l'observation qu'on vient de lire, faire l'his-

toire du phlegmon, de ses caractères, de sa marche, de ses périodes, de son étiologie, et surtout établir de la manière la plus irréfragable l'efficacité du traitement abortif? On comprend bien que, s'il est utile de signaler d'une manière générale la valeur de ce fait comme exemple de phlegmon imminent caractérisé, ce n'est pas le lieu de discuter chacun des éléments qu'il renferme. Contentons-nous d'en faire ressortir les particularités qui sont propres à mettre en lumière quelques vues, quelques idées relatives à la pathogénie du phlegmon, et aux préliminaires de la suppuration de ces tumeurs.

Tout esprit non prévenu verra d'abord dans ce fait un résultat incontestable de la viciation du sang par l'air. Les circonstances de l'opération, l'époque du développement des accidents, les caractères du sang évacué, et surtout la cessation si rapide des symptômes locaux et généraux, ne permettent aucun doute à cet égard. Ce point préalable est important à établir, car il doit servir de base à la méthode. Si certains phlegmons sont le produit d'une espèce de morbification, de décomposition du sang au sein de nos tissus; s'ils sont dus à la présence de certains éléments hétérogènes qui font fonction d'épines, de corps étrangers, on peut très-bien se rendre compte de l'efficacité immédiate d'une méthode qui élimine d'emblée le germe du mal. Or, quelque éloigné que nous soyons de toute hypothèse qui ne peut se confirmer par l'expérience, il est impossible de fermer les yeux à des faits qui portent avec eux des éléments de conviction du même ordre. Tel est le cas de Mademoiselle U..... Qu'y voit-on en effet? une tumeur dure, rénittente, dont le sommet conique avait déjà un aspect luisant et légèrement violacé. Tout cela disparaît

par l'évacuation d'une certaine quantité de sang altéré : il n'y avait donc pas encore organisation morbide des parties périphériques. Signalons surtout cette particularité de la sortie d'une certaine quantité de bulles de gaz avec le sang altéré. La présence de ce gaz n'est-elle pas en parfait rapport avec la tension de la tumeur, avec son aspect luisant, sa forme conique? Car, la nature du liquide évacué et sa quantité seulement ne rendraient pas compte de l'aspect extérieur et des qualités physiques de la tumeur. Il y avait donc au sein de cette dernière un développement de gaz résultant du travail de fermentation et de décomposition du sang épanché. Peut-être tout phlegmon n'est-il en dernière analyse que le résultat d'une décomposition analogue. Nous nous bornons à émettre cette opinion en passant, sauf à y revenir à mesure que les faits nous en fourniront l'occasion. Nous savons bien que pour que la base de cette assertion fût incontestable, à savoir la présence d'un gaz morbide au sein des tumeurs phlegmoneuses commençantes, il faudrait avoir établi matériellement son existence. Les yeux peuvent tromper; les bulles sorties peuvent n'être autre chose que de l'air entré pendant le débridement de la tumeur. Pour lever toute espèce de doute à cet égard il faudrait avoir fait la ponction sous l'eau. Le gaz évacué avec cette précaution ne pourrait plus être attribué qu'à une production sous-cutanée ; car la faible quantité d'air qui avait pu s'introduire pendant la première opération, ne saurait logiquement rendre compte des effets physiques survenus plusieurs jours après, effets du reste en disproportion d'étendue et de volume (tumeur et gonflement) avec la présence de quelques bulles d'air. Si, d'ailleurs, cette difficulté pouvait dans

le cas particulier dont il s'agit nous être objectée, nous dirions, par anticipation, qu'elle sera levée complétement par les cas de phlegmons spontanés où il n'y a pas eu pénétration d'air, et dans lesquels cependant l'opération du débridement sous-cutané a toujours été suivie de l'évacuation d'une certaine quantité de gaz. Mais n'anticipons pas sur les faits.

La conclusion légitime, rigoureuse, fournie par l'observation qui précède est donc : qu'une tumeur phlegmoneuse revêtue de ses caractères les plus accentués (tumeur, douleur, rougeur, chaleur), et déjà accompagnée de symptômes généraux très-prononcés, peut être, en quelque façon, supprimée immédiatement par l'incision sous-cutanée et l'évacuation de son contenu.

Voilà pour le cas particulier.

Les trois faits que nous venons de rapporter sous la rubrique de *phlegmons provoqués,* offrent ceci de commun, qu'il s'agit dans tous de tumeurs produites, provoquées par une action physico-chimique, en un mot par une cause extérieure. Cette circonstance doit être prise en considération pour ne pas confondre, sous prétexte d'un certain degré d'analogie extérieure, des faits de nature fort différente. Il n'est pas permis, en effet, de mettre absolument sur la même ligne des phlegmons ainsi produits avec des phlegmons spontanés, c'est-à-dire avec ceux qui se développent sans le concours de causes locales appréciables. Car s'il est permis, dans les premiers, de considérer le mal comme le résultat d'une modification locale toute matérielle et en quelque façon étrangère à l'individu, on ne peut méconnaître, dans les seconds, un produit de l'économie même, le résultat d'un travail général attesté par le malaise, la fièvre, le

trouble des fonctions digestives, la céphalalgie, qui en précèdent souvent l'évolution. Aussi n'est-ce pas seulement avec les faits rapportés plus haut que nous entendons généraliser la méthode. Jusqu'ici nous ne nous croirions fondé à en conseiller l'application, qu'aux seuls cas de tumeurs phlegmoneuses *provoquées*.

Mais voici quelques faits d'une autre catégorie, qui viendront sans doute compléter ce qui manquerait à ceux de la première, pour faire de notre méthode une méthode absolue et générale.

SECONDE SÉRIE. — PHLEGMONS SPONTANÉS.

Phlegmon imminent de la région axillaire du bras, consécutif à un malaise général et à un état gastrique caractérisé. — Douleur, tuméfaction et rougeur progressives depuis trois jours. — Ponction et saignée sous-cutanées. — Cessation immédiate de la douleur. — Eau de Sedlitz, retour de l'appétit. — Induration indolore pendant huit à dix jours. — Résolution. — Guérison.

Obs. IV. Melle Hélène P..., dix-sept ans, tempérament bilioso-sanguin, souffrait depuis trois jours d'un gonflement de la région axillaire du bras gauche. Ce mal s'était développé après plusieurs jours de malaise, de perte d'appétit : langue jaune, sale, teint bilieux, autour de la bouche surtout. La tuméfaction était considérable et générale; toutefois on sentait au centre des parties gonflées une espèce de noyau plus consistant dont le moindre attouchement provoquait une douleur très-vive. Mouvements du bras très-sensibles. La malade le tenait constamment éloigné du tronc. Céphalalgie, fièvre par intervalles ; insomnie ; absence totale d'appétit.

Je fais immédiatement la ponction sous-cutanée du point le plus malade ; il sort par l'ouverture beaucoup de sang mêlé à quelques bulles de gaz. Je crois être certain que ce n'est pas de l'air introduit par la piqûre, car le sang a d'abord coulé par jet continu, et ce n'est qu'en second lieu que ces bulles sont sorties. Après l'écoulement de quatre à cinq cuillerées de sang environ, la tuméfaction et la douleur avaient presque entièrement disparu : il ne restait qu'une espèce de noyau de 2 à 3 c. de diamètre. Diachylum gommé sur la piqûre ; repos absolu ; diète.

Le sommeil fut bon.

Le lendemain, eau de Sedlitz qui produit beaucoup d'effet. L'après-midi la malade se dit complétement débarrassée et demande à manger un potage.

Les jours suivants, persistance d'un peu d'engorgement central ; pression à peine sensible. Je fais recouvrir la partie d'un large emplâtre de diachylum gommé, qui reste appliqué pendant quatre à cinq jours, après quoi il est enlevé. Il reste encore un peu de tissu cellulaire induré, mais indolore ; je fais réappliquer l'emplâtre, et huit jours après mademoiselle P.... avait recouvré une parfaite santé.

Les quelques jours de malaise, de perte d'appétit, d'embarras gastrique, qui avaient précédé le développement du phlegmon, et l'apparition de ce dernier sans cause appréciable, disent tout ce qu'il faut dire pour le distinguer de ceux de la catégorie qui précède. C'est un *phlegmon spontané* proprement dit.

La seconde particularité utile à signaler, c'est la sortie de bulles de gaz avec le sang évacué ; c'est la disproportion du sang évacué avec le volume de la tumeur,

dont l'excès, la tension, l'élasticité se trouvaient si bien en rapport avec le gaz qu'elle contenait, et expliqués par la présence de ce dernier. L'ouverture de la tumeur sous l'eau satisferait plus encore les esprits rigoureux, nous n'en disconvenons pas; mais nous n'avons songé à cette expérience confirmative et complémentaire, que postérieurement aux opérations citées dans ce Mémoire. Nous la ferons ou d'autres la feront pour nous; nous n'avons nul souci du résultat, car d'après les faits et les preuves d'un autre ordre que nous avons eus sous les yeux, il ne peut nous rester de doute à cet égard. L'expérience ne sera pourtant pas inutile : elle ajoutera aux éléments de la conviction générale.

Quoi qu'il en soit, la rapidité du résultat était bien propre à encourager d'autres applications du même genre. Telles sont celles relatées dans les observations suivantes.

Gonflement inflammatoire spontané de la face palmaire du médius, depuis deux jours. — Tension considérable, douleurs lancinantes au niveau de la première phalange. — Sensibilité générale de la main, mouvement impossible; fièvre par intervalles; insomnie. — Panaris imminent. — Incision et débridement sous-cutané. — Cessation immédiate des symptômes aigus. — Point de suppuration. — Résolution de l'engorgement.

Obs. v. — Mme C....., quai de la Tournelle, 25, quarante ans, constitution bonne, tempérament nervoso-sanguin, était depuis quelques jours assez souffrante. Elle ressentit tout à coup des douleurs vives au niveau de la première phalange de l'index. En quelques heures,

tension considérable des parties. Mme C....., ayant employé sans aucun soulagement divers topiques, eut recours à mes soins.

Toute la face antérieure du doigt, surtout la partie correspondant à la première phalange était très-gonflée, tendue, rénittente, et le siége d'une douleur lancinante des plus intenses. La peau n'était pas encore manifestement injectée, mais toute la main était sensible et le mouvement du doigt complétement aboli.

Je plongeai le long du bord radial du doigt, parallèlement à la face antérieure de la première phalange, un bistouri en forme de lance à deux tranchants, et je divisai dans toute son étendue la partie du tissu cellulaire qui paraissait le siége de l'engorgement inflammatoire. Je pris soin de ne pas intéresser la gaîne des fléchisseurs. Il s'écoula une quantité notable de sang. L'ouverture cutanée qui avait été faite très-petite, et le plus loin possible du siége de la douleur, fut recouverte d'un morceau de diachylum gommé. Le gonflement avait considérablement diminué; plus d'élancements; la malade éprouve un bien-être général; elle dîne et dort bien.

Le lendemain et les jours suivants, il reste un peu d'engorgement et de sensibilité au niveau du point malade. La flexion du doigt est encore impossible, mais tout travail d'inflammation phlegmoneuse a cessé. Le doigt fut encore plus d'un mois avant de revenir à son volume, et de récupérer sa souplesse. Cependant de simples applications de bandelettes de diachylum gommé suffirent pour dissiper le reste de l'induration celluleuse, et ramener la parfaite souplesse des mouvements.

Ce fait confirme celui qui précède, et ouvre de plus la voie à des applications différentes. Le panaris est un

phlegmon dont les caractères ne diffèrent de ceux des phlegmons sous-cutanés ordinaires qu'à cause de leur siége. Ils sont confinés, étranglés par des aponévroses étroites, une peau résistante; ils siègent dans des points très-sensibles, très-nerveux; ils reposent sur les gaînes des tendons, par conséquent ils sont très-douloureux et fertiles en accidents qu'il est inutile d'énumérer. Eh bien! n'est-il pas permis de croire que ces complications dangereuses ajouteront bien plus aux indications de la méthode, à son utilité et à ses bienfaits, qu'à ses contre-indications? L'expérience décidera.

Nous n'avons eu jusqu'ici que cette seule occasion d'employer l'incision sous-cutanée dans le panaris proprement dit. Mais l'observation suivante, beaucoup plus remarquable et plus concluante à tous égards, nous paraît devoir encourager les praticiens dans les différents détours de la voie que nous leur signalons.

Phlegmon intense de la face dorsale du poignet gauche, datant de six jours. — Gonflement considérable; rougeur; douleurs vives, lancinantes. — Suppuration commençante. — Mouvements du poignet et des doigts impossibles. — Fièvre continue; céphalalgie; insomnie. — Ponction sous-cutanée. — Cessation immédiate des accidents. — Guérison.

Obs. vi. Mme C...., épicière, demeurant rue Saint-Victor, nº 72, âgée de trente-six ans, tempérament bilioso-sanguin, fut prise le 26 juillet 1845, après quelques jours de malaise général et perte d'appétit, de douleurs au niveau de la face dorsale du poignet. Ces douleurs, d'abord sourdes, s'irradièrent dans toute la main. Après un jour

de rémission apparente elles augmentèrent au point de devenir intolérables. Pendant les deux dernières nuits, la malade n'eut pas un instant de sommeil. Fièvre par intervalles; céphalalgie; absence d'appétit. Cet état durait depuis six jours. Malgré le repos, les embrocations huileuses narcotiques, le mal n'avait fait qu'augmenter, lorsque Mme C.... réclama mes soins. Je la vis le samedi 2 août; elle était dans l'état suivant :

Toute la main gauche est rouge et énormément tuméfiée; la face dorsale surtout est considérablement gonflée et tendue, et le siége d'une rougeur érysipélateuse intense : douleurs, élancements continuels. En explorant la région dorsale du carpe, on sent, à travers la tuméfaction des parties, dans l'étendue de 2 c. environ, comme une portion de tissu cellulaire plus consistante et bridée par le ligament annulaire du carpe. Ce point est extrêmement douloureux à la pression; la main et les doigts, incapables de tout mouvement, sont maintenus à demi fléchis. La face est rouge; céphalalgie; peau chaude; pouls plein et fréquent.

Ponction *sous-cutanée* avec un perforateur à deux tranchants : l'instrument est plongé à la racine du pouce vers le foyer du mal. A peine a-t-il pénétré à 3 ou 4 c. qu'il sort du sang rouge, en abondance et par jet continu, comme si une artère avait été ouverte. Une palette de sang environ est ainsi sortie sans interruption. Aussitôt la main se détuméfie; la douleur locale diminue, dit la malade, à mesure que le sang s'écoule. La rougeur est aussi beaucoup moindre; la malade remue un peu les doigts et le poignet, mais toujours avec des douleurs intolérables au niveau de la gaîne des extenseurs. Une pression modérée exercée sur ce point,

fait mieux apprécier la nature et la circonscription du foyer du mal. J'exprime à M. le docteur Kuhn, présent à l'opération, l'idée qu'il y a dans ce point une suppuration commençante ou imminente. Encouragé par les résultats obtenus dans les cas qui précèdent, je fais une seconde ponction *sous-cutanée*, en pénétrant par le bord cubital du poignet. L'instrument est enfoncé au centre de la partie consistante. Aussitôt il s'échappe deux ou trois gouttes d'un pus limpide ressemblant à de la lymphe mêlée à un peu de synovie. Une légère pression favorise l'expulsion d'un peu de sang, après quoi la tuméfaction et l'induration celluleuse laissent à peine des traces. La malade est dans l'enchantement ; elle dit que le mal lui a été *enlevé comme avec la main*. Les piqûres des ponctions sont recouvertes d'un morceau de diachylum gommé.

Je ne prescris aucun topique, aucune application locale ; repos absolu du membre ; diète. Pour le lendemain une bouteille d'eau de Sedlitz.

Je revois la malade le lendemain ; elle a dormi la plus grande partie de la nuit. La tuméfaction du poignet et de la main s'est un peu reproduite ; je retrouve aussi un peu de gonflement induré et un peu de rougeur au niveau du foyer du mal. Plus de douleur spontanée, mais sensibilité marquée à la pression. Il s'écoule un peu de sérosité sanguinolente par la seconde piqûre. Plus de fièvre ni de céphalalgie ; point d'appétit. Bouillon de veau ; bains et cataplasmes émollients ; eau de Sedlitz.

Le 4 août je trouve la malade levée ; plus de fièvre. Elle a dormi presque toute la nuit. La main est toujours tuméfiée, mais elle n'est pas plus rouge que celle du côté opposé. Toutefois la face dorsale du carpe est toujours un peu plus tendue, plus consistante, plus dou-

loureuse à la pression que le reste de la main. Les piqûres sont fermées ; absence d'appétit. Bains locaux ; cataplasmes ; eau de Sedlitz pour le lendemain.

Quatrième jour : Sommeil excellent, appétit prononcé ; le gonflement a beaucoup diminué ; la main est toujours un peu empâtée, engourdie ; mouvements difficiles ; toujours un peu de gonflement et d'induration derrière le poignet. La malade se lève et vaque à ses affaires. Bandelettes de diachylum gommé autour du poignet ; alimentation modérée.

Les jours suivants l'empâtement de la main disparaît ; l'engorgement du poignet se dissipe peu à peu ; les mouvements se rétablissent, et la malade en est quitte pour continuer pendant une quinzaine de jours à garder quelques ménagements.

Ainsi que nous le disions à la suite de l'observation qui précède, ce cas est fertile en conséquences de toutes sortes.

C'est un cas de phlegmon des mieux caractérisés ;

Un cas de phlegmon spontané ;

C'est un cas de phlegmon situé au voisinage d'une articulation importante, reposant sur des gaînes tendineuses, accompagné de symptômes locaux et généraux des plus développés ;

C'est enfin un cas de phlegmon à suppuration commençante.

Ce cas rapproché du troisième de la première série (cas de Mlle U...), ne pourrait-il pas suffire à faire l'histoire complète du phlegmon imminent et de son traitement abortif? Par l'un, on en aurait les premiers linéaments, très-tranchés, très-accentués ; par l'autre, on en aurait le commencement, le milieu et la fin.

Mais voyons parmi les particularités de l'observation de Mme C...., celles qui portent avec elles l'enseignement le plus direct et le plus immédiat.

Ce phlegmon reposait sur l'articulation du poignet, sur les gaînes des tendons extenseurs. Ce serait le *panaris du poignet,* si l'on voulait rappeler par cette dénomination la condition pathologique principale du phlegmon. Et ici cela est bien important, car la suppuration sur les gaînes des extenseurs et autour de l'articulation du poignet peut donner lieu à deux ordres d'accidents, équivalents au moins à ceux qui caractérisent le panaris proprement dit, c'est-à-dire à des accidents immédiats très-graves, et, consécutivement, à la perte du mouvement des parties par suite d'adhérences, ou d'exfoliation des tendons. Il importe donc de montrer sous ce double rapport, l'immense avantage de l'incision sous-cutanée.

Cet avantage croîtra nécessairement avec les dangers inhérents à certains phlegmons, tant sous le rapport de leur diffusion, de leur étendue, que sous celui de leur situation profonde, sous-aponévrotique, ou au voisinage des grandes cavités. Ainsi, le phlegmon si douloureux du cuir chevelu, celui qui siége sous l'expansion aponévrotique de la gaîne du sterno-mastoïdien, et même celui qui s'annonce sous l'aponévrose cervicale profonde au delà du plan formé par les muscles scalènes et l'omo-hyoïdien, tireraient les plus grands bienfaits de la ponction sous-cutanée. Si quelques-unes de ces applications étaient susceptibles d'éloigner l'opération, à cause des difficultés anatomiques, on peut indiquer, comme plus faciles et comme destinées à conjurer des accidents incalculables, tous les phlegmons sous-aponévrotiques

et sous-musculaires de la paroi abdominale, des membres, des bras, de la fesse, de la cuisse, etc. Dans la plupart de ces phlegmons, l'étranglement centuple les accidents primitifs du mal, soit en distendant très-douloureusement des parties résistantes et très-sensibles, soit en forçant les fluides, et plus tard le pus, à se creuser des voies plus faciles vers les cavités importantes.

Tous ces dangers existaient dans le cas de Mme C..... On pourrait d'autant moins le contester qu'ils étaient plus imminents. Outre l'inflammation violente qui menaçait l'articulation, le pus n'allait-il pas s'y faire jour? Le mal, sous ce double rapport, n'était-il pas arrivé au dernier degré de gravité? Mais nous touchons ici à une difficulté nouvelle, une des plus importantes de la question.

Jusqu'à quelle époque de la maladie, jusqu'à quel degré de suppuration pourra-t-on recourir avec succès, c'est-à-dire avec chance de faire avorter le mal, à l'incision sous-cutanée? La réponse est tout entière dans le fait que nous analysons. Pour la *date*, le mal datait de six jours; pour le *degré*, il était arrivé au degré le plus intense; toute la main était envahie : tension énorme, rougeur, chaleur, douleur des plus considérables; pour la *période*, il y avait un commencement de suppuration. Car, qu'on le remarque bien, la seconde ponction avait amené quelques gouttelettes de pus. Ce n'était sans doute que les premiers linéaments de la suppuration, mais c'était déjà de la suppuration. Ainsi donc la méthode réussit jusqu'au commencement de la formation du pus. Ce fait, que nous ne voulons pas porter au delà de ses limites, prouve au moins d'une manière incontestable, que l'incision sous-cutanée

prévient réellement la suppuration dans les cas où elle n'est pas encore matériellement réalisée, puisqu'elle a pu l'enrayer alors qu'elle était commencée. C'est le cas de dire : « qui peut le plus peut le moins. » Il ne faut pas s'abuser pourtant, et c'est un devoir pour nous dans l'intérêt même de la méthode, de n'en pas exagérer les avantages. Si, dans le cas de Mme C...., une suppuration commençante a été réellement arrêtée, nous ne donnons ce résultat que comme un résultat exceptionnel. Nous avons employé plusieurs fois l'incision sous-cutanée dans d'autres cas de phlegmons à suppuration commencée, et nous n'avons pas réussi à arrêter le travail de la puogénie. Nul doute cependant que si la méthode était rigoureusement employée dans des cas parfaitement identiques à celui de Mme C...., on n'obtînt toujours un résultat aussi favorable. Mais la difficulté est de tracer la limite précise de ces cas. Nous préférerions rester en deçà, et dire que la méthode abortive ne réussit à coup sûr que lorsque la suppuration n'est pas encore établie. Tant mieux si la pratique a plus de succès que la théorie n'en promet.

Ayant ainsi fait nos réserves pour la méthode, essayons d'entrer dans le cœur du fait considéré au point de vue de la puogénie proprement dite.

Nous avons réussi dans ce cas à enrayer un travail de suppuration commençante, et, dans beaucoup d'autres cas où le pus était également formé, nous n'avons fait que des tentatives stériles. Pourquoi? c'est que pour nous, et pour le fait expérimental, il y a deux périodes dans la suppuration : la première, caractérisée par la formation du noyau purulent, si je puis m'exprimer ainsi; la seconde, par la suppuration des zones du tissu

cellulaire ambiant. Lorsque la première période existe seule, on peut espérer que les parties dégagées, au moyen de l'incision sous-cutanée, de ce noyau, espèce d'épine, de molimen, de corps étranger, seront exemptes de la suppuration secondaire. Mais si le travail de celle-ci est commencé, si la zone suppurante déborde le noyau primitif, il n'y a pas possibilité d'en enrayer le travail. C'est ainsi du moins que nous nous rendons compte des faits. Les cas de phlegmons de la première catégorie, dans lesquels un liquide altéré a été évacué avec cessation immédiate de tout accident, nous paraissent propres à confirmer notre manière de voir. Dans ces cas, ce sont bien évidemment des matières étrangères dont la présence provoque l'inflammation suppurative ambiante, et dont l'évacuation en temps opportun, arrête ce travail imminent ou déjà commencé. A nos yeux, le molimen ou noyau primitif du phlegmon spontané n'est qu'un diminutif indéterminé dans son origine et sa nature, des matières plus constatables du phlegmon provoqué ; mais ce que l'on voit si clairement, si matériellement dans l'un, peut faire logiquement déduire la conséquence de ce qui se passe moins visiblement dans l'autre.

Si maintenant nous reportons, sur l'ensemble des faits que nous venons de citer, un regard général propre à embrasser ce qu'ils ont de commun, nous trouvons plusieurs conséquences utiles à mettre en lumière et propres à éclairer la cause même de l'efficacité de notre méthode, c'est-à-dire sa valeur essentielle.

Dans chacun des six cas précités, dans ceux de la première comme dans ceux de la seconde catégorie, la méthode a produit matériellement deux résultats différents:

1° Elle a produit l'évacuation d'une certaine quantité

de sang accumulé autour du point malade : elle a effectué *une saignée sous-cutanée;*

2° Elle a produit l'évacuation du sang et de la matière confinés dans le point malade, et plusieurs fois avec sortie de quelques bulles de gaz.

Le premier résultat est incontestable. Dans plusieurs cas, notamment dans les observations IV et VI de la seconde catégorie, le sang est sorti en abondance et par jet. On remarquera que, dans ces cas, les parties étaient très-tuméfiées et la peau rouge, congestionnée. Ce premier résultat de la méthode se résout incontestablement dans une *saignée sous-cutanée* proprement dite, saignée qui désobstrue le système capillaire sous-cutané et la peau elle-même. A ce point de vue, elle agirait déjà comme *décongestif,* comme *déplétif,* à la façon des sangsues, des ventouses scarifiées, avec cette différence qu'elle agirait plus profondément, plus immédiatement et mieux. La juste confiance attribuée à ces méthodes extérieures ne peut qu'ajouter à celle que mérite au même titre, et avec des moyens plus sûrs et plus directs, la saignée sous-cutanée.

Mais à nos yeux l'action déplétive de l'incision sous-cutanée n'est que secondaire, accessoire, parce que, pour nous, la congestion du phlegmon n'est que son enveloppe matérielle. La phlogose du phlegmon c'est la rougeur, le gonflement qui entourent l'épine, le corps étranger; c'est l'aréole du bouton de la petite vérole, de la pustule stibiée. Dans l'un et l'autre cas, les accidents congestifs ne sont que la vestiture, la forme du mal, son accompagnement obligé. Le phlegmon, comme ces pustules, a son noyau, son épine, son foyer essentiel qu'il faut atteindre et détruire sous peine de n'obtenir qu'un amoin-

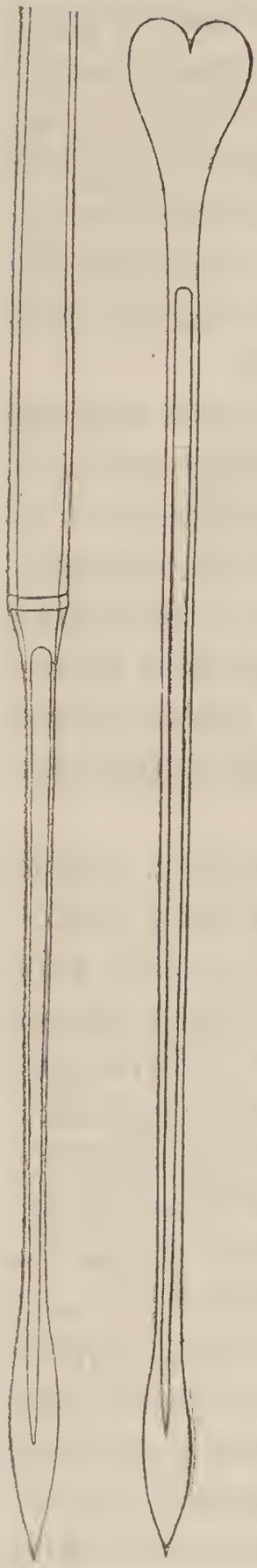
drissement dans la force, dans les effets du mal, mais non la cessation immédiate et complète de celui-ci. A cet égard il est impossible de ne pas faire remarquer que les effets ordinaires des antiphlogistiques, sangsues, scarifications et cataplasmes, sont bien d'accord avec cette manière d'envisager le rôle et l'importance de la phlogose. Combien compte-t-on de phlegmons enrayés par cet ordre de moyens? de combien de sangsues n'a-t-on pas recouvert ces tumeurs à leur début, sans parvenir à les enrayer? Il faut donc quelque chose de plus que l'action déplétive : ce quelque chose, l'incision sous-cutanée le réalise; c'est ce qui la caractérise essentiellement suivant nous; et, nous le répétons, parce que c'est le point le plus important de la question, l'incision sous-cutanée ne fait avorter le phlegmon, que, parce que indépendamment de son action déplétive, elle produit la destruction du foyer morbide et favorise l'évacuation de son molimen, de son élément générateur.

Telles sont les remarques qui résultent le plus immédiatement de l'analyse des faits ci-rapportés. Nous aurions pu multiplier ces faits, car nous avons dans maintes occasions analogues obtenu les mêmes résultats. Mais à quoi bon ces répétitions, quand les cas cités renferment à peu près les conditions qui peuvent faire varier la méthode, ses applications et ses résultats? Nous nous sommes contenté d'un exemple concluant pour chaque catégorie, convaincu que bientôt les chirurgiens qui voudront nous imiter, ne manqueront pas de compléter cette partie de notre démonstration. Pour aider autant que possible au succès de leurs tentatives, nous allons résumer d'une manière générale les principes, les notions qui doivent constituer la méthode proprement dite.

§ II. — REMARQUES GÉNÉRALES.

Le traitement abortif du phlegmon consiste à faire, au moyen d'une ponction sous-cutanée, l'incision du noyau du phlegmon, à le traverser de part en part, en ayant soin de ne pas intéresser la face interne de la peau. Le but de l'opération étant de produire la déplétion de la tumeur, de combattre son élément phlogistique et de favoriser l'évacuation du ou des principes morbides qui en sont le point de départ, il importe que l'opération atteigne et divise dans toute son épaisseur la portion du tissu cellulaire qui en est le siége principal. Si l'incision horizontale ne réalisait pas ce double but, si une quantité notable de sang provenant de la fluxion périphérique, et si l'évacuation de celui qui constitue le noyau générateur du mal, ne faisait pas présumer que l'instrument a donné une issue facile à l'un et à l'autre, il faudrait joindre à l'incision horizontale la section verticale et transversale de la tumeur. Cette pratique est surtout utile lorsque le développement de la tumeur est considérable. Dans les cas de cette nature, on s'exposerait, en se bornant à l'incision horizontale, à ne produire que la moitié du résultat. Il est superflu d'ajouter que l'opération doit être faite avec les précautions recommandées pour toutes les applications de la méthode sous-cutanée, savoir : que l'ouverture soit petite et éloignée du foyer du mal et autant que possible pratiquée à la base d'un pli cutané. Par la même raison on ne négligera pas de recouvrir la piqûre d'un morceau de taffetas ou de diachylum gommé.

L'instrument propre à cette opération n'est pas indifférent. Le bistouri ordinaire, et tout instrument à lame large



et à tranchant continu est tout à fait contre-indiqué. Il faut, ou la sonde cannelée à dard, ou mieux le bistouri en fer de lance à double tranchant qui n'est que la sonde montée sur un manche.

Il convient de laisser en place la sonde ou le bistouri tout le temps que dure l'écoulement du sang. Celui-ci peut être facilité en renversant la cannelure. Si une seule ponction n'amenait pas la quantité de sang suffisante pour produire l'affaissement de la tumeur, on en ferait une seconde, une troisième toujours en des points différents. Enfin si le lendemain d'une ponction on trouvait les parties regonflées et de nouveau douloureuses, nul doute qu'il fallût réitérer l'opération en ayant grand soin de ne pas reprendre les routes parcourues la veille.

Les indications de l'emploi de cette méthode ont à peine besoin d'être rappelées et précisées. Toutes les fois qu'une douleur se sera développée dans un point du tissu cellulaire sous-cutané, avec gonflement, tension, chaleur, fluxion profonde ou superficielle, on pourra sans danger y recourir. C'est ordinairement du deuxième au quatrième jour du mal que le succès est certain. Au cinquième ou sixième il est à présumer que la suppuration a commencé. Cependant on peut

encore y avoir recours, n'eût-on d'autre résultat qu'un soulagement produit par la déplétion du système capillaire sous-cutané, on ne l'aurait point pratiquée en pure perte. N'a-t-on pas vu (Obs. VI) qu'une suppuration commençante peut être enrayée immédiatement par cette méthode? Dès que la suppuration est complétement établie, il ne faut plus rien attendre de l'incision sous-cutanée, et il est inutile d'y avoir recours.

On a vu que les phlegmons spontanés aussi bien que les phlegmons provoqués, s'en trouvent également bien. Ajoutons que pour les cas où l'engorgement est sous-aponévrotique, comme dans le panaris ou autres gonflements inflammatoires avec étranglement, il conviendra de faire la section transversale de l'aponévrose d'enveloppe, à moins que la tuméfaction ne soit modérée et que l'incision horizontale n'ait produit un dégorgement immédiat suffisant.

L'incision sous-cutanée ne contre-indique l'emploi d'aucun moyen commandé par l'état local des parties, ou l'état général du sujet. Les cataplasmes, les bains locaux, les onctions huileuses et narcotiques peuvent concourir utilement à dissiper les restes de la phlogose et de l'irritation. On a vu ci-contre qu'après l'opération, il reste plus ou moins d'engorgement du tissu cellulaire, soit comme suite de l'engorgement primitif, soit comme résultat de la plaie sous-cutanée. On doit toujours se conduire comme nous l'avons fait, c'est-à-dire recouvrir la partie de bandelettes ou d'un emplâtre de diachylum gommé. Ce moyen résolutif fort simple ne nous a jamais fait défaut. Si, comme cela est très-fréquent, le phlegmon est lié à un état gastrique, bilieux, saburral, les purgatifs salins sont de rigueur, car l'incision sous-cutanée

ne réussirait qu'à amoindrir le mal local, lequel restant sous l'empire de la cause générale aurait une tendance à se perpétuer ou à se reproduire. Ces préceptes sont anciens et connus ; il est bon pourtant de les rappeler, afin qu'on ne prête pas à un moyen bon en soi, dans de certaines limites, des prétentions qu'il n'a pas et qu'il se flatte de ne pas avoir.

En élevant à leur plus haute signification les résultats produits par le traitement abortif du phlegmon, c'est-à-dire, en considérant ces résultats comme une expérience pathologique propre à éclairer le mécanisme de la maladie et de la puogénie sous-cutanée, on en peut tirer des conséquences fort importantes que nous avons déjà fait pressentir à l'occasion des observations particulières. Qu'est-ce en effet, que cette suspension immédiate de la maladie, cette suppuration empêchée ? sinon l'ablation de la cause même du mal, sa soustraction ou sa neutralisation. Ici les doctrines de l'irritation, du stimulisme et du contro-stimulisme ne sont plus de mise : cette seule expérience en fait à jamais justice. Comment concilier avec ces symptômes la cessation d'une inflammation, d'une irritation par une pratique qui n'a rien en soi d'adoucissant? Une plaie, un coup de bistouri dans des tissus déjà enflammés ne peuvent à coup sûr être considérés comme un moyen calmant. Que les partisans de ces doctrines se retranchent derrière l'évacuation sanguine que procure toujours l'incision sous-cutanée, cette évacuation dont nous avons apprécié la signification et les effets, peut-elle être mise en balance avec les saignées infiniment plus copieuses, avec celles produites par les sangsues dont on couvre souvent les tumeurs? Or, les effets abortifs de ces derniers sont loin

d'être en rapport avec l'énergie de leurs efforts et de leurs moyens. L'incision sous-cutanée du phlegmon produit donc autre chose que l'action déplétive générale, et surtout elle produit un autre effet qu'un effet anti-phlogistique, anti-irritatif. Cet effet, nous l'avons dit, c'est la destruction du noyau générateur, l'évacuation directe ou la disparition par voie de résorption, du molimen morbide. Ces mots peuvent ne pas être bien nouveaux et surtout bien en rapport avec les doctrines et les croyances actuelles; mais qu'est-ce que cela fait pourvu qu'ils représentent des idées nouvelles et justes, ou même des idées anciennes par des preuves nouvelles?

Il résulte donc invinciblement de l'expérience réalisée par l'incision sous-cutanée, que le phlegmon, considéré d'une manière générale, n'est pas, comme on le professe généralement encore aujourd'hui, un simple engorgement inflammatoire, mais que c'est un engorgement inflammatoire, plus quelque chose qui le produit, l'entretient, et constitue son existence propre, essentielle. D'après cette doctrine, le phlegmon serait, au même titre que le bubon vénérien, que toute autre tumeur reconnue comme spécifique, une tumeur à noyau propre, avec cette différence que, dans ce que nous appelons phlegmon, l'essence du principe serait moins distincte que le principe vénérien, ou tout autre principe spécifiquement déterminé; d'où il résulte que malgré cette différence dans l'évidence de l'élément générateur, cet élément existe et persiste dans les deux cas, indépendamment des accidents de la congestion, qui n'en sont que la forme, et des conséquences générales.

La doctrine pathogénique du phlegmon que nous venons d'indiquer en passant est si importante en elle-

même, elle prête une base si essentielle à la méthode du traitement abortif, que nous ne pouvons résister à la fortifier de quelques preuves nouvelles. Il suffit pour cela de rappeler des faits vulgaires. Quoi de plus probant à ce point de vue que le phlegmon des mamelles qui survient pendant l'allaitement des nourrices? Tous les auteurs sont d'accord pour attribuer ces tumeurs si caractéristiques et si fréquentes, à la présence d'une certaine quantité de lait épanché et infiltré dans le tissu cellulaire du sein. N'est-ce pas là un molimen morbide matériellement, physiquement démontré? Tous les chirurgiens ne sont-ils pas d'accord en outre, pour conseiller des efforts de succion dans le but de ramener dans ses voies naturelles ou d'évacuer ce germe provocateur de la maladie? n'est-ce pas ce que nous disons à un autre point de vue, et ce que nous conseillons par une autre voie? Combien d'autres exemples encore? et l'urine tombée dans le tissu cellulaire du périnée à la suite de l'opération de la taille? Partout, n'est-ce pas une matière antipathique à l'organisme qui engendre l'inflammation suppurative : et partout n'est-on pas convaincu que la soustraction de cette matière quand elle est possible, est le moyen le plus sûr et le plus naturel de combattre l'inflammation? L'incision sous-cutanée et la doctrine pathogénique qui lui sert de base, ne sont donc, en quelque sorte, que la généralisation de ces faits et l'application des données fournies par ces derniers à des faits plus obscurs, plus délicats, et pour cela moins accessibles à la connaissance et à la conviction de tous.

Le fait de la cessation de l'inflammation phegmoneuse par l'incision sous-cutanée a une autre portée : il éclaire encore le caractère général des plaies sous-cutanées.

Les personnes qui persistent à méconnaître, dans l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées, un ordre de phénomènes à part, continuent à n'y voir qu'un travail *d'inflammation* faible, amoindri, c'est-à-dire les préliminaires de l'inflammation suppurative. Comment concevoir, dans le cas qui nous occupe, qu'une inflammation faible, c'est-à-dire, une inflammation nouvelle ajoutée à celle qui existe, ait la vertu d'arrêter brusquement cette dernière? En bonne logique, l'une pourrait tout au plus se joindre à l'autre, ou l'une et l'autre marcher pour leur propre compte. Il faut donc admettre, comme nous croyons l'avoir établi, par une multitude d'expériences et d'opérations, que le travail propre aux plaies sous-cutanées constitue bien un ordre de phénomènes à part : *l'organisation immédiate.* Le fait de la cessation des inflammations phlegmoneuses par l'incision sous-cutanée en est donc une preuve nouvelle et sans réplique.

Cette conséquence physiologique du fait pathologique peut donner lieu elle-même à de nouvelles applications, et rendre en quelque façon, à la thérapeutique les services qu'elle vient d'en recevoir. Et en effet, nous n'avions cherché jusqu'ici dans nos expériences, nos opérations et tous nos travaux relatifs aux plaies sous-cutanées, qu'à établir ce grand fait, savoir : que tous les tissus *sains,* divisés sous la peau, ont la propriété de s'organiser immédiatement, sans le préalable obligé des plaies à découvert, l'inflammation suppurative. Nos observations relatives au traitement abortif du phlegmon, viennent ajouter un nouveau fait à cette doctrine. Ce fait est celui-ci : *La section sous-cutanée des tissus qui sont le siége de l'inflammation congestive ne donne*

pas lieu à l'inflammation suppurative; elle tend plutôt à prévenir qu'à développer cette dernière. De ce fait nouveau de physiologie pathologique peuvent découler quelques applications pratiques nouvelles ; nous allons en indiquer quelques-unes.

Il est généralement admis que toutes les inflammations parenchymateuses et autres, ont leur siége immédiat dans le tissu cellulaire qui unit leurs éléments agglomérés. Que cette doctrine soit absolue ou non, elle est incontestablement vraie dans beaucoup de cas et dans certaines limites. C'est là ce qui nous importe pour le moment. Partant de cette donnée, nous dirons que partout où il y aura inflammation tendant à la suppuration, on pourra tenter l'incision sous-cutanée, pourvu que l'instrument puisse pénétrer jusqu'au foyer du mal, sans traverser de parties à respecter, sans ouvrir de communications dangereuses, et sans provoquer d'épanchements nuisibles. Le sens de ces restrictions n'a pas besoin d'être précisé davantage. On comprend, en effet, que là où l'instrument ne pourrait pénétrer sans semer sur sa route des dangers nouveaux, comme des lésions d'artères, de nerfs, des perforations d'intestins, ou bien des épanchements péritonéaux et autres, il faudrait s'abstenir. Mais là où l'incision n'aura à traverser que le tissu cellulaire, nul doute que l'opération ne doive être tentée avec toute chance de succès, et sans risque aucun d'ajouter à l'intensité des phénomènes de congestion inflammatoire. Car c'est là le point important à rappeler : *que l'incision sous-cutanée des tissus enflammés n'ajoute pas aux accidents de la phlogose.*

Appuyé sur cette donnée nouvelle, on pourra diviser sous la peau *toutes les glandes enflammées.* Déjà

notre excellent ami, M. Diday, a indiqué et pratiqué l'incision sous-cutanée des *ganglions de l'aîne* comme moyen abortif du *bubon*. Ce cas particulier peut et doit être généralisé. On a cherché récemment à faire revivre l'*incision* à découvert *du scrotum, de la tunique albuginée* et même *du testicule*, dans l'*orchite blennorrhagique*. Cette opération justement effrayante quand elle est pratiquée comme on l'a fait jusqu'ici, n'avait pas grande chance de vivre plus longtemps cette fois qu'avant sa résurrection. Et en effet, les avantages réels qu'elle procure étaient bien compensés et au delà par ses dangers propres. Il n'en sera plus de même à l'avenir. Elle sera facilement convertie en incision innocente et beaucoup moins douloureuse, par la méthode sous-cutanée. Elle conservera donc tous ses avantages en perdant tous ses inconvénients. Il en sera de même de l'*épidymite*, de la *parotite*, de la *mammite* et, en un mot, de toutes les *inflammations commençantes des glandes sous-cutanées*.

Si des glandes nous passons aux organes plus compliqués, nous trouvons l'œil. Il sera possible, dans le cas d'inflammation profonde du tissu cellulaire ambiant ou du globe lui-même de recourir à l'incision sous-cutanée de l'un ou de l'autre. *L'incision sous-cutanée ou sous-conjonctivale du globe oculaire* aura de fréquentes applications. N'eût-elle d'autre avantage que d'opérer le débridement de la sphère et l'évacuation des liquides qui, dans certains cas, produisent une tension douloureuse et dangereuse, qu'il y aurait lieu d'y avoir recours. Il en serait de même de l'*incision sous-cutanée des capsules articulaires dans l'artrite récente; du périoste dans la périostite*, en un mot de toute partie

où il y aura douleur, congestion et tuméfaction avec possibilité d'y arriver sans aucun des obstacles précités plus haut.

Ces diverses applications, que l'expérience portera sans doute bien au delà de nos prévisions, sont toutes la conséquence directe du fait physiologique, de l'*innocuité des plaies sous-cutanées des tissus enflammés,* et de l'efficacité reconnue de l'*incision sous-cutanée des tumeurs phlegmoneuses commençantes.* Les tentatives à faire dans cette nouvelle voie pourront n'être pas toutes aussi efficaces que celles que nous avons réalisées, mais nous avons la certitude qu'aucune au moins ne sera dangereuse.

—M. Seutin : Le travail de M. Guérin, que MM. Graux, Lebeau et moi avons été chargés d'examiner, renferme des appréciations justes et des vues utiles, qui ne seront pourtant pas admises immédiatement et sans de nouvelles expérimentations par les praticiens. Il ne laisse aucun doute sur les avantages que l'on a droit d'attendre de l'incision sous-cutanée dans le traitement abortif de certains phlegmons, et de l'évacuation par ce procédé nouveau, de matières étrangères décomposées dans les tissus vivants ; mais peut-on espérer des succès aussi certains, lorsque les phlegmons ont leur siége dans des régions profondes enveloppées de plans aponévrotiques presque toujours résistants et tendus? Ce point, le travail de M. Jules Guérin ne l'éclaircit pas. Si nous admettons que les divisions sous-cutanées peuvent ne point nuire dans ces cas, nous sommes cependant disposés à ne les conseiller qu'avec réserve.

Nous pensons également que, dans les circonstances

où la matière épanchée se trouve en état de diffusion entre les lobules glandulaires, comme dans les glandes du sein et dans le tissu cellulaire interposé aux ganglions lymphatiques par exemple, l'emploi de la méthode de notre honorable correspondant ne sera pas toujours suivi de succès.

Néanmoins son travail nous paraît digne de fixer l'attention de l'Académie et y devenir l'objet d'une discussion approfondie.

— M. le Président : L'Académie, en décidant l'impression d'un travail quelconque dans les recueils de ses actes, n'entend nullement se rendre solidaire des opinions des auteurs.

La séance est levée à deux heures.

V. — OUVRAGES PRÉSENTÉS.

Biographie universelle ou Dictionnaire de tous les hommes qui se sont fait remarquer par leurs écrits, etc., par une société de gens de lettres; tome XI; Bruxelles, 1845. Vol. in-8°.

Histoire de la ville de Bruxelles, par MM. A. Henne et Alp. Wauters; Bruxelles, 1845. 3 vol. in-8°.

La Belgique et les Belges depuis 1830, par le major G.-T. Poussin; Paris, 1845. Vol. in-8°.

Catalogue des accroissements de la bibliothèque royale en livres imprimés, en cartes, estampes et en manuscrits. Sixième partie; Bruxelles, 1845. Vol. in-8°.

Nouveaux Mémoires de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles; 18me volume. Bruxelles, 1845. Vol. in-4°.

Mémoires couronnés et Mémoires des savants étrangers, publiés par l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles; 18me vol. Bruxelles, 1845. Vol. in-4°.

Notice statistique sur l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure, par MM. Deboutteville et Parchappe; Rouen, 1845. Vol. in-8°.

Note sur le guano, par MM. d'Hauw, Matthys et Van de Vyvere; Bruges, 1845. Broch. in-8°.

Mémoire sur l'absorption des poisons métalliques par les plantes, par MM. Van de Vyvere et d'Hauw; Bruxelles. Broch. in-8°.

Quelques expériences sur la composition de la liqueur de Gowland, par F. Van de Vyvere; Bruges, 1845. Broch. in-8°.

Analyse de l'eau et de l'air de mer, par le même; Bruges, 1842. Broch. in-8°.

Proeven omtrent de voedering van varkens met aardappelen, door de heerschende rotziekte aangedaan, etc., door Dr. A. Numan; Utrecht.

Note sur une nouvelle méthode de traiter les fractures de jambe, par M. Velpeau; Paris, 1837. Broch. in-8°.

Explications de M. Velpeau sur l'appareil inamovible; Bruxelles, 1840. Broch. in-8°.

Annales d'oculistique, par M. Fl. Cunier; 1er livraison du tome XIV de ce recueil.

Programme des cours de l'université de Liége pour le semestre d'hiver 1845-1846.

Essais docimastiques, faits à l'école spéciale des mines et des arts et manufactures à Liége, par M. J.-T.-P. Chandelon; Bruxelles, 1845. Broch. in-8°.

Rapport sur l'état sanitaire de la prison des détenus correctionnels, à Hemixem, près d'Anvers, par M. J. Mareska; 1845. Brochure in-8°.

Rapport sur la situation des hospices civils de Liége, de 1812 à 1842, par M. Abry; Liége, 1844. Broch. in-8°

Jahrbuch für praktische Pharmacie und verwandte fächer, von Dr. J.-E. Herberger und Dr. F.-L. Winckler; Band XI, heft 1; Landau, 1845.

Boletin de medicina, cirujia y farmacia; les nos 252 à 254; Madrid, 1845.

Annales de la Société de médecine d'Anvers; les cahiers de septembre et d'octobre 1845.

Journal de pharmacie publié par la Société de pharmacie d'Anvers; le cahier d'octobre 1845.

Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges; la deuxième livraison du tome VI; Bruges, 1845.

Gazette médicale belge, par MM. Van Meerbeeck et Van Swygenhoven; les nos 40 à 42 de l'année 1845.

SEPT. 1845.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	Vents dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	763,84	+15,6	+19,0	+11,1	84,5	»	ENE.-E.	Très-beau.
2	762,14	+14,8	+19,2	+ 9,8	88,0	»	ENE.-NE.-NNE.	Beau, variable.
3	762,61	+14,2	+17,7	+11,6	81,0	»	ENE.-NNE.	Couvert, gris.
4	762,47	+13,9	+16,7	+ 9,1	82,0	»	NNE.-NE.	Assez beau, gris.
5	760,63	+11,4	+16,3	+ 6,0	90,0	»	NE.-ENE.	Beau.
6	762,35	+10,8	+16,5	+ 6,1	91,0	»	ENE.-E.	Très-beau, pas un nuage.
7	761,93	+11,3	+18.3	+ 5,1	89,0	»	E.	Tres-beau, pas un nuage.
8	760,35	+12,3	+20,9	+ 5,4	90,5	»	ENE.-N.	Très-beau.
9	760,63	+14,1	+22,0	+ 9,2	88,0	»	N.-O.	Très-beau.
10	758,93	+14,0	+21,7	+ 8,4	92,0	»	N.-NE.	Très-beau; le soir ciel couvert.
11	758,54	+13,0	+17,7	+ 9,8	88,0	»	ENE.-E.	Le matin le ciel se découvre; tres-beau ensuite.
12	756,26	+12,5	+17,8	+ 7,2	93,0	»	ENE.	Très-beau.
13	756,30	+11,8	+17,8	+ 7,5	94,0	»	NE.-E.	Beau.
14	749.97	+13,2	+16,1	+ 8,1	92,0	1,91	SO.	Pluvieux; orageux le soir.
15	744,27	+13,2	+17,7	+ 9,4	92,5	6,87	SSO.	Pluvieux.
16	752,38	+12,3	+16,5	+ 8,7	92,0	7,64	OSO.-SSO.	Pluvieux.
17	750,11	+18,3	+20,1	+16,0	92,0	17,19	OSO.-SSO.	Pluvieux; vent fort.
18	747,51	+16,5	+18,1	+13,6	97,0	6,49	SSO.-SO.	Venteux, nuageux.
19	753.20	+13,1	+16,6	+ 8,9	93,0	2,93	SO.-OSO.	Venteux, nuages variables.
20	760,60	+11,3	+16,1	+ 7,0	90,0	0,64	SO.-S.-ESE.	Beau.
21	752,15	+15,1	+19,3	+10,2	87,0	»	SSE.	Variable; pluvieux dans la soirée.
22	752,31	+13,7	+17,6	+10,9	90,0	0,38	SSO.-SO.	Nuageux, assez beau; vent fort le matin et la nuit précédente; pluie le soir.
23	757,05	+11.3	+13,0	+ 8,2	98,5	20,62	SSE.-ENE.-NE.	Sombre et pluie continuelle.
24	762,74	+ 9,8	+13,8	+ 6,4	87,0	7,00	NNE.	Très-beau.
25	758.68	+ 9.5	+14,6	+ 5,2	92,0	»	ENE.-SSE.-SSO.	Très-beau; couvert le soir.
26	750,58	+12,8	+15,3	+ 8,7	97,0	3,44	SSO.-O.	Brumeux dans la journée; beau le soir.
27	758.77	+10,3	+15,2	+ 7,2	93,0	»	SO.	Nuageux; pluie et vent dans la soirée.
28	755,96	+14,9	+17,0	+10,1	91,5	1,65	OSO.	Assez beau.
29	757,87	+10,8	+15,1	+ 8,7	93.0	»	OSO.-SO.	Sombre le matin; pluvieux le soir.
30	750,98	+11,6	+13,5	+ 8,3	96,0	2,55	S-.OSO.	Sombre mais assez beau.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

1. *Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds;* par le docteur AUBERT-ROCHE, ex-médecin en chef au service d'Egypte.

(Suite : *voir* t. 152, avril 1845, p. 1; t. 153, mai, p. 2.)

(Annales d'Hygiène publique, octobre 1845.)

DEUXIÈME PARTIE. — *Abyssinie.*

CHAPITRE PREMIER.

Nous venons de parcourir et d'étudier le littoral de la mer Rouge au point de vue de l'acclimatement des Européens ; nous avons constaté les difficultés qui s'opposaient à ce que la race blanche puisse même y vivre quelques années, ou encore, quelles étaient les causes des maladies, et quelles précautions, quels moyens il fallait employer, d'abord pour les éviter, ensuite pour s'acclimater.

Nous allons entreprendre le même travail, les mêmes études, pour un pays de montagnes, l'Abyssinie, pour une contrée intertropicale, par conséquent classée parmi les pays chauds, et habitée par des noirs de la race indo-éthiopienne, par la branche éthiopienne.

Deux chiffres feront comprendre l'intérêt que peut présenter l'Abyssinie dans la question qui nous occupe. Entre 1,000 et 4,600 mètres, sont compris les pays habités. Le littoral de la mer Rouge et les points que j'ai décrits étaient à peu près au niveau de la mer. On sait combien j'ai appuyé, dans le chapitre des localités, sur le choix des hauteurs ; je les ai signalées comme les plus salubres : or, nous allons examiner une contrée dont la moindre élévation sera de 1,000 mètres environ. Les faits que nous consignerons pour ou contre l'acclimatement seront donc d'une

valeur très-grande lorsqu'on les comparera avec ce qui se passe sur le littoral de la mer Rouge, et avec ce que nous fournira l'étude de la vallée du Nil et son delta.

L'Abyssinie est si éloignée, qu'au premier abord il ne semble pas devoir exister de termes de comparaison entre la race qui l'habite et la race blanche. Sur ce point, on peut être rassuré. Depuis le commencement du XVIe siècle jusqu'aujourd'hui, j'ai constaté dans cette contrée le séjour de cinquante Européens, sans compter l'expédition portugaise de 1543, qui était composée de quatre cents hommes, et qui tous y sont restés. La mort de quelques voyageurs en Abyssinie, et les maladies que d'autres ont contractées à leur retour sur le littoral, ont répandu l'idée que cette contrée était malsaine; pourtant il n'en est rien : il suffit d'ouvrir Bruce, Lobo et autres auteurs, pour s'assurer de la salubrité générale du pays, que Lobo regarde, par rapport à son climat et à sa température, comme jouissant d'un printemps perpétuel. Sans nul doute, il y a des localités malsaines; mais n'avons-nous pas en France les marais de la Sologne et autres? n'y a-t-il pas en Italie les marais Pontins? La France et l'Italie sont-elles insalubres?

Dans ces derniers temps, plusieurs voyageurs sont morts de maladies en Abyssinie; les renseignements que j'ai pris me permettent d'affirmer que ceux qui sont morts le sont par leur faute : quant à ceux qui ont été plus ou moins gravement malades, et qui sont de retour, ils reconnaissent eux-mêmes que des écarts de régime, l'absence de règles hygiéniques, le peu de soin de leur santé, ont été les causes de leurs maladies.

Ce peu de mots sur le climat et la salubrité de l'Abyssinie feront pressentir que le travail qui va suivre ne sera pas aussi ardu que le précédent. En effet, comme on le verra, la question de l'acclimatement des Européens et de la prophylaxie générale des maladies se trouve bien simplifiée : par cela même, je le répète, l'examen médical de l'Abyssinie et de son climat doit être des plus utiles comme terme de comparaison.

Comme intérêt en lui-même, je ne sais si cette étude en présente un très-grand sous le rapport d'utilité nationale, du moins quant au moment présent. Toutefois, lorsque le commerce de l'Inde reprendra la route de la mer Rouge, lorsque la révolution dans les relations du monde ancien s'effectuera par le percement facile de l'isthme de Suez, par la jonction des deux mers, l'Abyssinie, par sa position à l'entrée du golfe Arabique, par la supériorité d'intelligence de la race qui l'habite, par sa vieille foi chrétienne qui la relie à l'Europe, appellera l'attention des gou-

vernements chrétiens, et deviendra la puissance, ou du moins le centre de la puissance la plus importante, et peut-être la maîtresse dominante de la route commerciale du vieux monde.

§ I. — *Aperçu général de l'Abyssinie sous le rapport géographique et géologique.* — Sous ce nom, Abyssinie, l'on comprend géographiquement tous les pays situés entre la mer Rouge au N.-E., les plaines des Schangallas et du Sennar au N.-O., le Nil et l'Hawasch au S.-O., l'Hawasch et les plaines parcourues par les Adels au S.-E. Ce pays est placé entre les 9e et 16e degrés de latitude N. C'est bien une contrée intertropicale. Sa configuration géologique en est très-remarquable, et forme une ligne de démarcation naturelle qui est regardée aujourd'hui comme étant l'Abyssinie proprement dite. Cette configuration consiste dans un relèvement subit des terrains, s'élevant brusquement de 1,000 à 2,600 mètres, et formant ce que l'on appelle les plateaux. En effet, soit que vous arriviez par la mer Rouge ou par les pays des Adels, vous montez insensiblement, sans vous en apercevoir, jusqu'au pied d'une immense chaîne de montagnes, espèce de muraille qui vous barre le chemin ; puis tout à coup vous escaladez cette muraille, et vous êtes sur les plateaux d'Abyssinie, ayant subi en quelques heures une différence de température de 10 ou 15 degrés : vous étiez au milieu des palmiers, vous arrivez au milieu des cèdres et des gênets. Relevés à pic, ces terrains s'inclinent légèrement vers le nord, s'abaissant jusqu'à 1,000 et 1,200 mètres, hauteur des plaines les moins élevées des lacs et des ravins de l'Abyssinie. Vers le Sennar et le pays des Schangallas, où les terrains se relèvent moins brusquement, il se trouve des plateaux intermédiaires que l'on pourrait fixer au chiffre ci-dessus. En général, il n'y a d'habité que les plateaux élevés de 1,500 à 2,500 mètres.

Géographiquement, l'Abyssinie forme trois grandes divisions : le Tigré, l'Amhara et le Schoa. Les deux premières sont séparées par l'ancien fleuve Siris, aujourd'hui le Teccazé. Le Schoa est formé par les plateaux dont les eaux se déversent au sud et à l'ouest dans l'Hawasch.

Le Tigré comprend les provinces de l'Hamacen, de Sérawé, de l'Agamé, de l'Enderta, du Ternben, du Tigré et du Siré, et enfin du Lasta, où le Teccazé prend sa source.

L'Amhara se compose du Samen, du Waldubba, du Wolcaïl, du Teccadé, du Wogora, du Belessa, du Dembea, du Damot, du Gojam, du Begemder et de l'Amhara. Le Schoa est formé de deux grandes provinces : l'Effat et le Schoa proprement dit.

Géologiquement, on rencontre les terrains les plus variés :

terrains primaires, terrains secondaires, terrains de formation récente, de transition, terrains volcaniques. Quatre systèmes de cours d'eau, par conséquent de montagnes, partagent toute l'Abyssinie. Une chaîne de montagnes, dont le sommet limite l'Abyssinie vers le Dankali, part du Hamacen, traverse le Serawé, partie de l'Agamé et de la province du Tigré, et verse ses eaux dans le Mareb, qui se jette dans le Teccazé. Cette rivière et cette chaîne de montagnes sont les moins considérables de l'Abyssinie.

Le versant opposé forme les plateaux du Siré, du Tigré, de l'Agamé, de l'Enderta, qui laissent couler leurs eaux dans le Teccazé.

Le Lasta et le Samen sont les points culminants de deux autres chaînes de montagnes qui vont se réunir à un autre point presque aussi élevé, qui se trouve dans la province de l'Amhara. L'espace triangulaire que forme ce groupe verse ses eaux dans le Teccazé.

Des montagnes du Samen part une ligne qui traverse le Wolcart et le Teccadé ; le Wogom forme un plateau à leur sommet, et les eaux de ces provinces se déversent soit dans le Teccazé, soit dans ses affluents. Cette même ligne se continue à travers le Dembea, le Kuara, le Damol et le Gojam, versant à droite et à gauche ses eaux, soit dans le lac Dembea, soit dans le Nil, soit dans ses affluents directs ; de là, continuation du système des montagnes du Samen, qui va rejoindre le point culminant de l'Amhara, à sa ligne de partage des eaux à l'extrémité des provinces de Wogora, du Belassa et du Begemder. La partie est verse, comme on l'a vu, ses eaux dans le Teccazé, la partie ouest dans le lac Dembea et le Nil.

Du groupe culminant de l'Amhara part une autre chaîne de montagnes qui se rapproche du Nil, traverse l'extrémité du Schoa, et verse ses eaux, à l'ouest, dans le Nil, à l'est, dans l'Amhara et ses affluents. Les versants ouest des monts de l'Amhara, du Lasta et de la chaîne qui les relie, jettent leurs eaux dans une rivière coulant au sud, et se perdant, selon les uns, dans les sables du Mara, selon les autres, allant rejoindre l'Hawasch.

Parmi ces montagnes, il y en a dont l'élévation est de 4,600 mètres. La vallée du Teccazé est à 1,000 mètres au-dessus du niveau de la mer.

Entre ces extrêmes, que l'on peut rapidement parcourir et qui donnent la végétation des pays intertropicaux, tempérés et septentrionaux ; entre ces extrêmes, qui doivent nécessairement donner des différences très-grandes et des variations subites de température, on concevra qu'il doit se trouver quelques rensei-

gnements qui, comparés avec ceux qui nous ont déjà été fournis par la mer Rouge, peuvent apporter de nouveaux éclaircissements à la question de l'acclimatement.

§ II. — *Des races de l'Abyssinie et de leur tempérament. — Races.* — L'Abyssinie ou l'Éthiopie est habitée par un même rameau de la race indo-éthiopienne, composée d'Ethiopiens purs, de pasteurs et de Gallas. Ces trois branches ont chacune leur type distinct, aujourd'hui même très-facile à reconnaître, excepté cependant parmi certaines tribus des Gallas, les Ejouw-Gallas, par exemple : entre eux et les Ethiopiens purs, il est presque impossible de trouver une différence.

Sésostris, tel que nous le voyons sur les bas-reliefs égyptiens, peut être considéré comme type éthiopien : le visage ovale, le front haut, des cheveux bouclés, le nez droit, l'angle facial ouvert, les lèvres minces, la bouche bien dessinée, une taille proportionnée, quelque chose de distingué dans la forme et dans les manières, le pied et la jambe bien faits, une couleur de café au lait avec reflet bronzé, en un mot tout ce qui peut caractériser une race supérieure par les caractères extérieurs, se rencontre chez les Abyssiniens du type éthiopien pur : on le trouve chez les grands à Gondar et dans les provinces qui environnent cette capitale.

Le type galla diffère peu de l'éthiopien : à part l'exception que nous avons citée, il est en général plus foncé en couleur, ses lèvres sont un peu plus épaisses, ses cheveux moins soyeux, plus durs et presque frisés ; la tête est bien aussi ovale, mais les traits ne sont plus aussi fins ; le nez s'élargit un peu, la différence est peu de chose. Le type de ce rameau se rencontre parmi les chefs et dans les provinces de l'Abyssinie qu'ils ont soumises. Aujourd'hui, le mélange des Gallas et des Ethiopiens est tel, qu'il y a une grande difficulté à les distinguer. Il y a cependant beaucoup plus de sang nègre parmi les Gallas : cela est dû au voisinage des tribus de nègres auxquels ils font la guerre, et dont ils prennent les femmes et les filles pour esclaves.

Le type des pasteurs se rencontre parmi les tribus du Dankali ; bien qu'ils n'aient pas le nez épaté, de grosses lèvres comme les nègres, ils ont les cheveux crépus, le visage moins développé : il y a dans la structure des individus quelque chose qui démontre entre eux et les Ethiopiens une différence notable ; le teint est plus foncé, les reflets de la peau sont noirs.

On peut dire, en général, que les Ethiopiens mélangés avec les pasteurs ont peuplé le Tigré ; que ce mélange, à mesure que l'on s'avance vers Gondar, se fait moins sentir ; que les provinces de

l'Amhara, autrefois peuplées d'Ethiopiens, sauf quelques mélanges avec des esclaves nègres, sont aujourd'hui peuplées par des Ethiopiens confondus avec les Gallas, qui ont entre eux la plus grande analogie : on constate, en effet, que cette population se rapproche beaucoup plus du type caucasien que celle du Tigré. La population éthiopienne qui s'écarte le plus de son type est celle du Schoa, ce qui est dû à un plus grand mélange du sang nègre. Du reste, parmi les grands, on retrouve aussi le type éthiopien pur.

Tempérament. — Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit touchant le tempérament de la race indo-éthiopienne ; j'en ai donné la description en parlant du tempérament des races qui habitent les bords de la mer Rouge. Le tempérament des Abyssiniens est le tempérament nerveux ; seulement il subit une modification beaucoup plus grande que celui des Arabes de la mer Rouge : elle a pour cause moins la nourriture que l'habitation sur des plateaux élevés. Généralement, le système nerveux est modifié par le système sanguin. Il n'est pas rare de rencontrer des individus, surtout parmi les chefs et les prêtres, chez qui ces deux systèmes se balancent. Chez les femmes des grands, ou issues des grandes familles, le système nerveux est toujours modifié par les systèmes lymphatique et sanguins.

CHAPITRE II. — *Météorologie.*

§ I. — *Des saisons.* — Pour l'Abyssinie tout entière, il n'existe que deux saisons, la saison des pluies et la saison de leur absence, que les habitants caractérisent par deux expressions qui ont cette signification.

La saison des pluies commence dans le mois de mai et finit dans le commencement de septembre. En mai, le ciel, qui est ordinairement pur, se voile de temps à autre, des nuages s'amoncèlent, des orages éclatent ; quelquefois il ne tombe que des ondées. Dans ce mois, la température commence à baisser. En juin, les pluies deviennent plus fréquentes, elles sont de plus longue durée ; la température baisse encore. Juillet et août sont les mois où les pluies tropicales règnent dans toute leur force. Ce sont de véritables inondations ; elles tombent par nappes au milieu du fracas de la foudre. La température, qui s'est progressivement abaissée en juillet, est en août à son minimum.

En septembre, il tombe encore quelques ondées, mais elles s'éloignent de plus en plus, et vers le milieu du mois, elles cessent entièrement ; la température commence à augmenter.

Les mois d'octobre et de novembre sont les plus beaux mois

de l'année. La terre est partout couverte de la plus riche verdure : c'est le temps des moissons et des récoltes. Vers la fin d'octobre, il tombe encore quelques ondées. Pendant ces deux mois, le thermomètre s'est continuellement élevé.

Décembre, janvier, février, sont les mois pendant lesquels le temps est au beau fixe ; la température augmente d'une manière uniforme.

Mars et avril sont ordinairement beaux, à part quelques orages qui troublent à peine la sérénité du ciel : c'est l'annonce du retour de la saison des pluies. Avril est le mois de l'année où la température est la plus élevée.

On peut ainsi diviser les saisons :

Mai, juin, juillet, août : hiver, saison des pluies, avec fleurs, verdure et végétation.

Septembre, octobre, novembre, décembre : printemps avec beau temps, fraîcheur et récoltes.

Janvier, février, mars, avril : été ; chaleur, beau temps.

Il nous faut nécessairement admettre cette division, soit pour coordonner nos travaux lorsque nous arriverons à une conclusion générale, soit pour classer les différentes maladies de l'Abyssinie dont la cause réside dans les saisons, ou plutôt qui se déclarent plus particulièrement dans une saison que dans une autre. Ainsi, pendant la saison des pluies, les maladies dominantes sont les affections thoraciques et surtout l'amygdalite, les douleurs rhumatismales, l'ophthalmie et quelques diarrhées, la dyssenterie vers le milieu et la fin des pluies ; pendant le printemps, les fièvres intermittentes, peu rebelles sur les plateaux, les fièvres pernicieuses dans les vallées. Pendant l'été, à part quelques affections causées par l'insolation, il n'existe pas de maladies particulières à cette saison.

§ II. — *De la température.* — Lorsque j'ai voulu déterminer les différentes températures de la mer Rouge, la difficulté de mon travail n'a consisté que dans les recherches qu'il m'a fallu faire pour rassembler la plus grande quantité possible de chiffres de température et en tirer des moyennes. Pour l'Abyssinie, la difficulté est non-seulement la même ; mais, de plus, j'ai à consulter des températures différentes, selon les différentes hauteurs, ce dont il n'était pas besoin de s'occuper sur la mer Rouge. De 1,000 mètres à 4,600 mètres au-dessus du niveau de la mer, et entre les tropiques, on comprendra combien les températures doivent varier : il est vrai qu'à ces températures extrêmes il n'y a pas de population, que les plaines ou les plateaux sur lesquels les habitants sont agglomérés sont à une hauteur de 1,800 à 2,500 mètres ; la température

moyenne serait donc sur un plateau et dans une localité située à 2,250 mètres. Or, il se trouve que cette hauteur est à peu près celle de Gondar. Cette ville est à 2,200 mètres au moins au-dessus du niveau de la mer. C'est le seul point de l'Abyssinie où des observations thermométriques et barométriques aient été faites avec une admirable constance et une grande exactitude pendant seize mois consécutifs. Nous en sommes redevables à Bruce, le plus complet des voyageurs en Abyssinie, à cet homme dont le courage et le mérite, à part quelques erreurs, ont irrité la vanité de tous les chevaliers d'aventures qui ont voulu marcher sur ses traces, et qui, ne pouvant l'égaler, ont cherché à l'abaisser, souvent même en le pillant.

Voici les moyennes de ces seize mois d'observation.

Température de Gondar, à 2,200 mètres au-dessus du niveau de la mer, et par les 12° 34' 30" lat. N.

MOIS, ANNÉES.	LOCALITÉ.	HEURES DU JOUR.	MINIMUM.	MAXIMUM.	MOYENNE DU MOIS.	MOYENNE GÉNÉRALE DU MOIS.
Janvier 1771.	Gondar.	6 h. mat.	16,12	19,17	17,64	
	Bruce.	2 h. soir.	21,69	23,69	24,36	19,44
		6 h. s.	15,56	21,17	18,33	
Février 1771.	*id.*	6 h. m.	17,22	21,11	19,47	
	id.	2 h. s.	21,67	23,89	22,78	
		6 h. s.	20	21,67	20,84	20,97
Id. 1770.	*id.*	6 h. m.	13,89	20	16,95	
	id.	2 h. s.	22,22	24,44	23,33	
		6 h. s.	21,67	22,78	22,22	
Mars 1771.	*id.*	6 h. m.	13,33	25,48	19,31	
	id.	2 h. s.	21,11	27,78	24,44	
		6 h. s.	20,84	26,67	23,44	21,80
Id. 1770.	*id.*	6 h. m.	14,44	20	17,22	
	id.	2 h. s.	22,22	28,33	25,28	
	id.	6 h. s.	20	23,89	25,89	
Avril 1771.	*id.*	6 h. m.	19,17	21,67	20,42	
	id.	2 h. s.	19,44	24,31	21,88	
		6 h. s.	19,72	23,26	21,46	22,17
Id. 1770.	*id.*	6 h. m.	15	25,56	20,28	
	id.	2 h. s.	23,33	28,89	26,17	
		6 h. s.	23,33	27,22	25,28	
Mai 1771.	*id.*	6 h. m.	15	23,89	19,44	
	id.	2 h. s.	18,33	26,11	22,22	
		6 h. s.	18,89	25,56	22,22	21,94
Id. 1770.	*id.*	6 h. m.	15,56	22,22	19,89	
	id.	2 h. s.	23,47	27,36	25,42	
		6 h. s.	18,86	25,56	22.50	
Juin 1770.	*id.*	6 h. m.	16,11	18,33	17,22	
	id.	2 h. s.	16,67	20,28	24,03	19,72, le mois entier.
		6 h. s.	16,39	19,72	18,06	
Juillet 1770.	*id.*	6 h. m.	13,06	16,39	14,72	
	id.	2 h. s.	15	19,03	16,95	16,74, le mois entier.
		6 h. s.	14,31	17,22	18,54	
Août 1770.	*id.*	6 h. m.	12,64	14,44	13,54	
	id.	2 h. s.	10	17,78	13,89	13,49, le mois entier.
		6 h. s.	10	16,11	13,06	
Septem. 1770.	*id.*	6 h. m.	13,61	15	14,39	
	id.	2 h. s.	15,56	21,11	18,33	16,70, le mois entier.
		6 h. s.	14,86	18,39	16,87	
Octobre 1770.	*id.*	6 h. m.	13,33	16,11	14,72	
	id.	2 h. s.	15,98	20,84	18,40	16,81, sur 24 j.
		6 h. s.	15,56	19,72	17,64	
Novem. 1770.	*id.*	6 h. m.	15	16,11	15,56	
	id.	2 h. s.	16,67	23,33	20	17,92, sur 10 j.
		6 h. s.	15,28	21,11	18,20	
Décem. 1770.	*id.*	6 h. m.	15	17,50	16,25	
	id.	2 h. s.	20	23,06	21,53	18,42, le mois entier.
		6 h. s.	18,61	21.95	17,50	

Ces différents chiffres peuvent être pris comme moyennes des températures d'Abyssinie à une élévation de 2,200 mètres. Si vous montez ou descendez, la température moyenne diminuera ou augmentera. Cependant on devra toujours tenir compte, soit de la localité, soit de l'exposition, soit du voisinage des hautes chaînes de montagnes. La direction des vents devra aussi être prise en considération, et, pour en tirer la conséquence, il ne faudra pas oublier que l'Abyssinie est entourée de plaines basses où l'air est chaud et raréfié. Ainsi, à Gondar, le vent du nord, qui souffle le plus fréquemment, est la cause d'une température presque égale. Ce vent, venant des plaines de Sennar, est chaud ; mais il se rafraîchit en passant sur les montagnes avant d'arriver à cette ville. Lorsque le vent souffle du sud ou de l'ouest, il n'en est pas ainsi ; il est froid, parce qu'il descend des hautes montagnes du Samen, du Lasta ou de l'Amhara.

Pour démontrer ce que nous venons de dire sur les températures de l'Abyssinie, et compléter cet article, nous ajouterons un tableau de différentes températures prises sur des hauteurs différentes. Quelques-unes sont de Bruce et de Satt ; je dois les autres à MM. Galinet et Ferret. Enfin, je note aussi celles que nous avons recueillies pendant notre séjour dans le Tigré.

OBSERVATEURS.	MOIS, ANNÉES.	LOCALITÉS.	HEURES DU JOUR.	MINIMUM.	MAXIMUM.	MOYENNE des deux termes.	MOYENNE générale.	HAUTEUR de la localité.	TEMPS. — OBSERVATIONS.
GALINET et FERRET.	Janvier 1841.	Axum.	9 h. mat.	18,90	21,40	20,15			
			3 h. soir.	22,10	23	22,55	20,16	2175m.	Beau temps. Observ. sur 6 jours.
			9 h. s.	17,10	18,50	17,80			
BRUCE.	Janvier 1770.	Adouah.	6 h. m.	12,78	17,22	15			
			2 h. s.	18,89	22,22	20,56	18	1911	Beau temps. Vent au N. Observ. sur 13 jours.
			6 h. s.	17,78	20,56	19,17			
SATT.	Mars 1799.	Chelicut.	»	»	»	»	21,11	2040	Quelques ondées. Observ. sur les 15 derniers jours.
Id.	Avril 1799.	Enderta.	»	18,43	31,11	»	26,44	1800	Observ. sur 4 jours. Hauteur approximative.
GALINET et FERRET.	Juin 1841.	Autitcho.	9 h. m.	20,10	23,50	21,30			
			3 h. s.	19	25,60	22,30	21,86	2182	Pluies l'après-midi ; le matin beau. Observ. sur 18 jours.
			6 h. s.	19,30	24,70	22			
AUBERT et DUFRY.	Juillet 1837.	Addigrat.	»	»	»	»	20,66	2466	Observ. sur 10 jours. Beau. Quelques ondées.
Id.	Juillet 1837.	Autitcho.	7 h. m.	17,50	19,20	»	18,35	2152	Pluies fréquentes. Obs. sur 26 jours, dont 10 en juil. et 16 en août.
Id.	Août 1837.	*Id.*							
Id.	Août 1837.	Adouah.	7 h. m.		»	18,89	20	1911	Pluies fréquentes. Beau le matin. Observ. sur 10 jours.
			3 h. s.	»	»	21,20			
			5 h. s.	»	»	20			

OBSERVATEURS.	MOIS, ANNÉES.	LOCALITÉS.	HEURES DU JOUR.	MINIMUM.	MAXIMUM.	MOYENNE des deux termes.	MOYENNE générale.	HAUTEUR de la localité.	TEMPS. — OBSERVATIONS.
AUBERT et DUFEY.	Sept. 1837.	Adouah.	7 h. mat. 3 h. soir. 6 h. s.	» » »	» » »	18 22 21,50	20,50	1911m.	Pluies fréquentes au commencement et à la fin. Beau le matin. Obs. sur le mois entier.
Id.	Octob. 1837.	*Id.*	9 h. m. 3 h. s. 6 h. s.			20 23,50 23,50	22,33	1911	Beau temps. Observ. sur le mois entier.
GALINET et FERRET.	Octob. 1841.	Addigrat.	9 h. m. 3 h. s. 9 h. s.	19 21,30 16	20,8 22,70 18,20	19,9 22 17,1	16,66	2466	Beau temps. Observ. sur 5 jours.
Id.	Décem. 1841.	Adouah.	9 h. m. 3 h. s. 9 h. s.	16,80 17,30 16	21,10 22,80 19,90	18,95 20,15 17,45	19,65	1911	Beau. Quelques ondées. Observations sur 15 jours.
BRUCE.	1770	Gondar.	Moyenne de l'année.				18,66	2200	Prise moyenne sur des observations de l'année.
GALINET et FERRET.	1841	Addigrat.	*Id.*				16	2466	Prise en terre.
Id.	*Id.*	Autitcho.	*Id.*				21	2152	*Id.*

Ainsi, en considérant les tableaux de température du Tigré et de Gondar sur des plateaux qui s'élèvent de 1,900 à 2,500 mètres, on voit que la température est régulière, que les variations qui existent dans les vingt-quatre heures, et entre les différents mois, sont à peine sensibles. Dans la journée, du matin à deux heures, une élévation graduelle de température de 7 ou 8 degrés au plus; le plus souvent cette élévation est moindre. Il suffit de jeter les yeux sur les tableaux pour s'assurer de la régularité qui existe dans la distribution de la chaleur sur les plateaux de l'Abyssinie.

Pourtant il y a des exceptions, c'est-à-dire de brusques variations de température; et comme, par rapport à la santé, et pour éviter certaines maladies, il est utile de s'en garantir, nous en signalerons les diverses causes.

Dans la saison des pluies, ce phénomène de variation subite est assez fréquent : tout à coup le thermomètre descend de 4, 5 et 6 degrés. Cet effet heureusement ne dure pas longtemps, assez cependant pour donner naissance à des bronchites.

Une autre cause de variation de température, et dont il faut bien se défier par rapport à sa permanence, c'est celle qui est produite par les différences de hauteur, surtout lorsque l'on va de bas en haut. On éprouve non-seulement une variation de température constante, mais une dépression atmosphérique. Voici quelques chiffres qui donneront une idée des effets que l'on doit ressentir :

Bruce, 1770. Pied de la montagne du Lamalmon, dans le Samen, 2,100 mètres au-dessus du niveau de la mer. — Température à cinq heures du matin, par un beau ciel, 14,44.

Sommet de la montagne, 3,000 mètres. — Température à cinq heures du matin, beau temps, zéro.

Satt, 1809. Pied du Tarenta, avant de monter sur les plateaux abyssins, 200 mètres au plus. — Température, 26,94 vers onze heures.

Sommet, 2,600 mètres. — Température vers onze heures, 16,11.

Nous avons noté à Cossobad, sur le flanc du Barhit, couvert de neige, à 3,500 mètres : température le matin à six heures, 3 degrés au-dessous de zéro. Au bas, à 2,400 mètres, le matin, 13 degrés au-dessus de zéro. Le lendemain, à Bourquaquia, à 2,000 mètres environ, à six heures du matin, la température était à 17 degrés.

Outre les aberrations causées par les phénomènes atmosphériques dans le temps des pluies, et les différences amenées par

les hauteurs, on éprouve sur les montagnes et sur les hauts plateaux de grandes variations entre le jour et la nuit. Déjà nous avons dit que cette espèce de variation est peu de chose sur les plateaux qui ne dépassent pas 2,400 mètres, à moins qu'ils ne soient dans le voisinage des montagnes; mais sur celles-ci, sur les plateaux élevés et soumis à leur influence, il y a le matin, vers midi, et le soir, de grandes variations. Sur le sommet du Lamalmon, à 300 mètres, la température, à cinq heures du matin, était à zéro; à midi, à 25,56, et à six heures du soir, à 17,78. Le lendemain, elle était, à cinq heures du matin, à 5,56; à midi, à 23,33, et le soir, à 15,17.

Pendant notre séjour à Darrasqué, à Aquapires, à la même hauteur que le Lamalmon, très-souvent, le matin, le thermomètre était à zéro, et vers deux heures, à 15 ou 18 degrés. A Zawzeva, à Dequa, sur le plateau du Vogora, à 2,800 mètres au moins, nous avons éprouvé le même effet. Du reste, cette différence n'est pas constante : le plus souvent, le matin, le thermomètre est à 5 ou 8 degrés, et à midi, à 20 ou 25. Au reste, si l'habitation sur ces plateaux n'est pas aussi agréable que celle de Gondar, elle est au moins aussi salubre pour un Européen.

Ainsi, à part les hauts plateaux et les hautes montagnes, l'examen des diverses températures prouve qu'elle n'est pas plus élevée qu'en Italie et qu'en France pendant l'été; que cette température est régulière, progressive ; que ses écarts mêmes ne sont que passagers, par conséquent, qu'elle ne peut qu'influer en bien sur la constitution générale, et que ses aberrations et ses brusques variations, soit par le changement de hauteus, soit par des phénomènes météorologiques, peuvent seuls être les causes primitives ou déterminantes de quelques affections.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

2. *De l'emploi avantageux des cataplasmes froids ;* par Reveillé-Parise.

(Bulletin général de Thérapeutique, septembre 1845.)

Il est une vérité maintenant acceptée, du moins je le crois, par tout le monde : c'est qu'en médecine, en chirurgie, comme en tant d'autres choses, l'usage, le préjugé, le pratique usuelle, la routine, si l'on veut, l'emportent souvent sur les principes les plus évidents, les mieux constatés. Nous en trouvons une nouvelle preuve dans l'usage constant, banal, des cataplasmes chauds, dits émollients, dans une foule de cas où une température élevée

est directement contraire à l'indication formelle qui se présente. Or, quelle est cette indication? de diminuer, d'abaisser le plus possible la surexcitation vitale, l'activité circulatoire, et par conséquent l'excès de développement du calorique qui se fait dans ce cas. Les faits, et les faits les plus ordinaires, parlent cependant assez haut ; il ne s'agit que d'y faire attention. Si l'on veut réchauffer la peau, activer son action, en général, on plonge le malade dans un bain chaud : en effet, la surface tégumentaire ne tarde pas à rougir, à se colorer, à s'animer, car le sang ne tarde pas à y affluer. La même observation peut se faire sur les extrémités inférieures, ainsi que sur toute autre partie du corps prise isolément. Enveloppez de compresses trempées d'eau chaude une partie quelconque, l'irritation, la couleur vive de cette partie, annoncent un surcroît de vitalité. Plusieurs chirurgiens, avant d'appliquer des ventouses sur la peau, notamment quand ils veulent tirer une certaine quantité de sang de cette petite opération, ne manquent pas d'appliquer préalablement des compresses chaudes, ou, mieux encore, des cataplasmes à haute température. Il arrive, en effet, que les piqûres ou incisions faites par le scarificateur versent une grande abondance de sang ; pratique excellente, surtout dans certains cas de rhumatisme et de névralgie.

Mais comment se fait-il que le même moyen, très-évidemment excitant, soit employé ensuite dans les cas où l'état de phlogose est prononcé, actif ou imminent ? Cette méthode est aussi difficile à concevoir que fréquente dans la pratique journalière de la chirurgie. Ainsi, lorsqu'une plaie, une forte contusion a lieu, on se hâte de recourir aux réfrigérants, afin d'empêcher, de retarder, ou enfin de diminuer, autant que possible, la réaction inflammatoire ; mais celle-ci a-t-elle lieu, est-elle même fortement prononcée, alors on a recours à des cataplasmes plus ou moins chauds dont on recouvre soigneusement et longtemps la partie douloureuse et enflammée. Il en est de même dans les cas d'une inflammation phlegmoneuse, quelles que soient son étendue, son intensité et la réaction fébrile qui ait lieu. Quelquefois on arrose ces cataplasmes de laudanum, afin d'émousser l'acuité extrême de la douleur. Ainsi, d'une part, on s'efforce de diminuer autant que possible la phlogose par un moyen sédatif éprouvé; de l'autre, on pousse, si l'on peut s'exprimer ainsi, à entretenir, à exagérer même cette phlogose par un autre moyen dont la température est élevée, l'activité évidente. Une telle inconséquence saute aux yeux, et pourtant rien de plus commun dans la pratique, tant est puissant l'usage ordinaire, tant on a de

penchant à prendre cette même coutume pour le résultat constant et avéré de l'expérience.

Remarquons que de tous les excitants de la vitalité, le calorique est certainement le plus puissant et le plus actif ; chose très-facile à démontrer : or, c'est celui auquel on a recours quand les indications sont tout à fait opposées à l'emploi d'un pareil moyen. En vérité, n'est-ce pas agir dans le sens de la prétendue doctrine homœopathique, avec cette différence qu'ici les doses ne sont rien moins qu'*infinitésimales ?* Ajoutons une autre considération : c'est qu'il n'en est pas d'un cataplasme plus ou moins chaud comme de simples compresses imbibées d'une liqueur quelconque à une température élevée. Cette liqueur est bientôt évaporée ; de là diminution presque subite de cette température, à moins qu'on ne renouvelle le liquide. Il n'en est pas de même d'un cataplasme ; presque toujours épais, composé de substances grasses, glutineuses, très-peu susceptibles de s'évaporer, il conserve longtemps sa chaleur, et ses effets ne sont nullement et ne peuvent être avantageux. Que se propose-t-on dans ce cas? de tenir le plus longtemps possible la partie malade dans un état de douce chaleur, de la plonger dans une sorte de bain de vapeur, afin d'amollir, de détendre les tissus enflammés, de diminuer la sensibilité douloureuse qui a lieu dans ce cas, et d'arrêter ou de modérer le mouvement fluxionnaire, effet de la cause morbifique, et principe à son tour d'une foule d'accidents, ces derniers étant toujours proportionnés à l'énergie de la réaction inflammatoire.

Toutefois, nous le demandons, est-il possible de remplir l'importante indication qui se présente avec les cataplasmes tels qu'on les emploie ordinairement? On a beau dire qu'ils sont *émollients*, le mot ne correspond nullement à la chose. Loin de là, le soin qu'on apporte à les appliquer chauds les rend presque toujours stimulants ; et, bien plus encore, ce qui ne manque jamais d'arriver quand on les recouvre de flanelle ou de taffetas ciré pour en maintenir plus longtems la chaleur, leur effet devient excitant et nuisible. Il est peut-être un seul avantage obtenu par ces cataplasmes dans certains cas : c'est qu'en activant l'énergie vitale, en augmentant ainsi l'intensité de l'inflammation, la collection purulente se fait assez promptement. C'est, en effet, ce qui a lieu dans différentes inflammations, notamment pour le furoncle. Si, par une incision faite à propos, on n'a pas détruit l'étranglement du tissu cellulaire enflammé, on applique sur la tumeur un morceau de diachylon recouvert d'un cataplasme chaud, on voit presque aussitôt la douleur et la rougeur augmen-

ter, les pulsations devenir plus vives, plus fréquentes, et la collection purulente, d'une consistance plus ou moins épaisse, se former assez promptement. Mais dans le plus grand nombre des inflammations, est-ce bien là le but qu'on se propose d'atteindre? Ne s'agit-il pas, au contraire, de diminuer l'irritation, et par cela même d'opérer une détente toujours favorable à l'issue de la maladie? enfin, d'obtenir la résolution, si elle est possible, ou du moins une baisse sensible de l'exacerbation inflammatoire? Or, je le répète, il est évident que des cataplasmes chauds, épais, formés de substances nullement évaporables, recouverts de compresses, de flanelle, ne peuvent remplir l'indication fondamentale, c'est-à-dire adoucir et calmer; ce qui, en effet, n'a pas lieu.

J'avais fait plusieurs fois ces réflexions, et l'expérience ne tarda pas à les confirmer. M...., coiffeur, âgé de trente-huit ans environ, d'une constitution assez vigoureuse, vint me consulter. Il était atteint depuis près de dix jours d'un violent panaris à l'index de la main droite. On lui avait conseillé de faire tremper sa main dans une forte décoction émolliente, et il me dit que plus il se conformait à cette prescription, plus ses douleurs étaient vives. Je m'assurai que cette décoction était à une température assez élevée. Après avoir opéré un débridement convenable, je fis appliquer un cataplasme; mais, le lendemain, le malade m'assura qu'il avait passé une très-mauvaise nuit. En effet, sa femme, croyant bien faire, avait employé un cataplasme très-chaud. J'en appliquai un moi-même, sinon froid, au moins à température beaucoup plus basse, et le malade éprouva un soulagement marqué. Deux autres cas de panaris observés ensuite m'ont amplement démontré les avantages de ce procédé. La meilleure méthode à suivre dans ces cas, après l'incision de l'étranglement, est de plonger la partie dans de l'eau tiède, afin d'opérer un dégorgement aussi complet qu'il peut l'être, puis de recourir à des cataplasmes dont on diminue la température.

Deux cas d'inflammation phlegmoneuse au bras, dans lesquels j'employai les cataplasmes froids, plusieurs lésions de continuité faites par des armes tranchantes ou par des corps contondants, ainsi que d'autres faits analogues et qu'il serait trop long d'énumérer ici dans tous leurs détails, m'ont convaincu par des essais comparatifs que des cataplasmes chauds et même tièdes ne conviennent nullement dans la période inflammatoire, en ce qu'ils augmentent le mouvement fluxionnaire, l'activité vitale et circulatoire. L'emploi de ce moyen tend certainement à développer les quatre symptômes que nos devanciers on si bien assignés comme les caractères de l'inflammation, la douleur, la rougeur, la chaleur et

la tumeur, caractères dérivés d'une seule cause, la surexcitation.

Il est vraiment inconcevable qu'on ne tire pas des mêmes principes, quand leur vérité, leur évidence sont prononcées, des conséquences identiques. Ainsi, dans les fièvres ardentes, toutes les fois qu'il existe une réaction inflammatoire incontestable, il n'est pas de médecin qui ne prescrive des boissons rafraîchissantes, des lavements de même nature, tout ce qui compose les méthodes antiphlogistiques, afin de modérer l'énergie vitale, de lui rendre son type normal. Il est même certaines inflammations externes où personne ne s'aviserait de prescrire des cataplasmes ni chauds ni tièdes, par exemple sur un érysipèle : la rougeur foncée pourprée qui se manifeste aussitôt prouverait combien cette erreur serait fatale. Il en est ainsi de certaines parties sur lesquelles on se garde bien d'appliquer des cataplasmes chauds, l'expérience ayant démontré que, par l'emploi intempestif de ce moyen, la chaleur, le prurit et l'irritation ne tardent pas à augmenter. Comment se fait-il alors que dans les inflammations phlegmoneuses, dans celles de certaines tumeurs, dans l'inflammation traumatique à tous les degrés, dans celle du rhumatisme aigu, etc., on a recours à des cataplasmes qu'on peut considérer comme chauds et dont on entretient avec soin la température élevée ? Les lois vitales ne sont-elles pas les mêmes dans ces divers cas ? ne doit-on pas s'attendre par conséquent aux mêmes inconvénients ! Il n'y a pas longtemps qu'on appliquait sur les yeux atteints d'une ophthalmie aiguë des cataplasmes chauds, et il est encore des praticiens qui ont employé ce moyen, totalement délaissé par les ophthalmologistes les plus judicieux, les plus sensés, et l'on en sait la raison.

Au reste, ce que je dis sur les avantages des cataplasmes plus ou moins froids, infiniment préférables aux cataplasmes à haute température, a déjà été pressenti par certains chirurgiens qui, raisonnant leur pratique, se rendent un compte exact des résultats produits par les moyens qu'ils emploient. C'est ainsi que M. le docteur Tanchou dit avoir obtenu de bons effets des cataplasmes froids dans certains cas de tumeurs au sein, où le gonflement douloureux, l'irritation locale, pouvaient faire craindre une tendance carcinomateuse.

Toutefois il est dans l'emploi thérapeutique du moyen dont il s'agit, comme dans presque tous, un *modus faciendi* qu'il est avantageux de connaître, car de ce mode dépendent souvent les succès et les revers. Ainsi plusieurs remarques sont importantes à faire ici. La première est que le cataplasme ne soit pas tout à fait froid. Son contact immédiat devient quelquefois douloureux

sur une surface enflammée, par conséquent éminemment sensible, irritable, notamment chez les femmes, les enfants, les personnes nerveuses et délicates ; d'autant plus que le cataplasme appliqué quelque temps, dont on ne peut préciser la durée, tend à se refroidir ; ce qui rétablit l'équilibre entre sa température et la partie sur laquelle on l'applique. Il convient également de considérer les effets de l'habitude : en effet, il est telle personne qui, dans les commencements, ne peut s'accoutumer à un cataplasme froid, qui, dans la suite, le supporte à merveille, surtout quand par son emploi la douleur et la sensibilité diminuent graduellement. Quoi qu'il en soit, il est convenable d'essayer, pour ainsi dire, les rapports de la température du cataplasme avec la sensibilité individuelle, d'établir une gradation rationnelle et toujours efficace.

Une seconde remarque à faire, c'est que quand on emploie le cataplasme tout à fait froid, il ne faut pas le laisser très-longtemps appliqué : j'ai observé que, dans ce cas, il peut déterminer une sensation désagréable aux malades. A la vérité, si la partie est vivement enflammée, il se fait une transmission assez prompte du calorique de cette partie au cataplasme, ce dont il est facile de s'assurer en l'enlevant au bout de quelques minutes de son application ; mais peu à peu la température de celui-ci finit par dominer. J'ai vu, dans ce cas, des malades la supporter longtemps et s'en bien trouver ; mais d'autres en éprouvaient de la gêne par sa prolongation, car, ainsi que je l'ai dit, il n'y a point ici de prompte évaporation, comme lorsqu'on emploie des compresses imbibées d'un liquide quelconque, à moins que le cataplasme ne soit très-mince : alors il se sèche, durcit, et peut occasionner de la douleur.

Une troisième remarque est de ne pas recouvrir de flanelle ces cataplasmes ; tout au plus peut-on recourir au taffetas ciré pour en entretenir l'humidité. Si on les applique à une température tiède, il est bon de les laisser se refroidir sur la partie même ; on obtient par cette réfrigération successive du topique le résultat qu'on attendait : celui de diminuer l'inflammation de la partie malade. Au reste, tant que le malade ne se plaint pas de l'application du cataplasme immédiatement froid ou graduellement refroidi, il convient de le laisser en place des heures entières ; son effet n'en sera que plus assuré. Ces différences sur la prolongation variée de cette application sont entièrement dues aux différences de sensibilité cutanée des individus. Personne n'ignore combien il existe de variétés à cet égard. Il est des personnes qui ne peuvent supporter un cataplasme de farine de lin, même

la plus pure, sans qu'il se manifeste aussitôt une disposition érysipélateuse, ce qui n'a pas lieu chez d'autres personnes. La même observation a été faite pour les emplâtres, de quelque nature qu'ils soient : rien de plus commun dans la pratique journalière.

Effets. Lorsqu'on a appliqué un cataplasme à basse température sur une partie enflammée, il arrive, en général, qu'en assez peu de temps le malade éprouve un bien-être sensible ; il est dès lors évident que cette application est calmante. D'abord le sentiment de cuisson, d'irritation diminue, puis celui de tension et de gonflement ; les pulsations douloureuses deviennent moins fortes, moins fréquentes, moins retentissantes, si l'on peut s'exprimer ainsi, dans toute l'économie. Quand on ôte le cataplasme, on trouve, dans un espace de temps relatif à l'intensité de l'inflammation, la peau beaucoup moins rouge qu'elle n'était avant l'emploi du moyen dont il s'agit. Quelquefois se remarquent çà et là des plaques assez pâles qui annoncent un commencement de résolution. En effet, tout tend à diminuer l'engorgement produit par l'*épine* inflammatoire. Si l'on persévère, la rougeur disparaît presque en totalité, et la surface cutanée de la tumeur commence à se rider ; ce qui est toujours un bon signe. Dans les cas de panaris, et dans tous les gonflements inflammatoires aux doigts, on remarque des inégalités ou enfoncements aux extrémités, absolument comme il arrive aux doigts des noyés, ou lorsqu'on est resté au bain pendant plusieurs heures. Enfin, peu à peu, tous les symptômes de l'inflammation disparaissent ; il ne reste plus qu'un certain empâtement provenant du tissu cellulaire, et qui ne tarde pas à se dissiper. De pareils effets s'expliquent facilement. Le froid est par excellence le radical des sédatifs, et son action est beaucoup plus efficace sur nos organes qu'on ne le suppose ordinairement. La vive impression produite par le froid resserre les tissus ; elle détermine dans les petits vaisseaux une constriction qui ne leur permet pas de se gorger complètement du sang que l'irritation y appelle. Le froid a encore l'avantage de condenser les fluides, d'en ralentir la circulation, d'engourdir la sensibilité, de diminuer l'irritation elle-même, et d'empêcher ainsi par cette double action l'abord d'une trop grande abondance de liquides. Du reste, je n'ai jamais remarqué cette réaction de chaleur et de rougeur qui a lieu ordinairement lorsqu'on a appliqué un corps froid sur une partie du corps. Peut-être ce manque de réaction est-il dû à la gradation employée dans les applications dont il s'agit.

Mais si malgré l'emploi des cataplasmes froids il se forme une

collection purulente, elle est toujours moins considérable qu'elle ne l'eût été en activant l'inflammation au moyen des cataplasmes chauds, selon l'usage ordinaire. Qu'on se rappelle toujours que prévenir, diminuer, abaisser, neutraliser l'inflammation, c'est le plus grand progrès qu'il soit donné à la chirurgie de faire, le plus important problème à résoudre en thérapeutique. L'inflammation est en effet la cause la plus directement destructive de nos tissus, bien qu'elle soit l'indice des efforts curatifs de la nature.

On pourra d'ailleurs aider l'action sédative des cataplasmes froids par des médicaments, ou mêlés à leur substance, ou répandus à leur surface. Parmi ces moyens, l'acétate de plomb plus ou moins étendu, les opiacés, ou d'autres narcotiques, comme la belladone, le stramonium, le baume tranquille, etc., tiennent le premier rang. Dans des cas de tumeur inflammatoire ou de névralgie aiguë, il m'est arrivé de faire des onctions de pommade belladonisée, dont on laissait une certaine couche, sur laquelle on appliquait ensuite un cataplasme froid; pratique dont le succès est presque assuré si la cause du mal n'en reproduit pas sans cesse les effets.

Il est des chirurgiens qui remplacent les cataplasmes froids, ou non, par des éponges imbibées d'un liquide jugé convenable à la guérison. Ce moyen est assez opportun dans quelques cas; mais il a le grave inconvénient de faire écouler les liquides à la moindre pression et dans les différents mouvements du malade. En définitive, les cataplasmes sont d'un usage tout à la fois plus commode et plus certain dans ses effets.

Conclusions. Quoique nous n'ayons pas donné au sujet dont il s'agit tous les développements dont il paraît susceptible, ni exposé tous les faits particuliers sur lesquels se fonde la valeur de ce procédé, il nous semble néanmoins que nous sommes fondé à établir :

1° Que dans les inflammations externes, comme dans celles qui sont intérieures, le *calorique* tend directement à donner plus d'étendue, plus d'intensité aux symptômes que l'on veut combattre; il faut donc en soustraire le plus possible;

2° Que pour remplir l'indication précédente, les cataplasmes froids sont préférables à ceux dont la température est au moins égale à celle de la partie enflammée;

3° Que néanmoins, chez certains sujets doués d'une grande susceptibilité cutanée, on peut n'arriver que graduellement à des cataplasmes tout à fait froids;

4° Que certains médicaments narcotiques aident à l'action de

ces cataplasmes, sans leur être supérieurs, la soustraction du calorique étant le plus puissant des sédatifs;

5° Enfin, que par l'emploi méthodique de ces cataplasmes, on voit les symptômes inflammatoires diminuer plus rapidement que par celui des cataplasmes à température plus ou moins élevée.

---

3. *Sur les exutoires.*

(Annales de Thérapeutique de Rognetta, octobre 1845.)

Les exutoires, remèdes réputés révulsifs, jouent un très-grand rôle dans la thérapeutique française de nos jours. Il est à peine une maladie quelque peu chronique, dans le traitement de laquelle les cautères n'entrent pour une bonne part. On en voit tous les jours des exemples multipliés dans tous les hôpitaux, ainsi que dans la pratique civile. Le catarrhe chronique de poitrine, les tubercules pulmonaires, affections si communes à Paris, sont presque constammeut livrés au travail réputé salutaire des cautères, qu'on applique soit à la poitrine, soit au bras, soit ailleurs. Les affections de la moelle épinière et du cerveau, les paralysies et les gastrites chroniques, l'hypertrophie du cœur, les tumeurs anormales, la spermatorrhée, le catarrhe de la vessie, le cancer lui-même de l'estomac, de la matrice, ou des organes extérieurs, trouvent pareillement leur secours dans une bonne paire de cautères. Les maux d'yeux et les névralgies, les maladies des os, ou n'importe de quel autre appareil; tout est enrôlé, soumis, rangé au système dont il s'agit, et l'on jugerait incomplet un traitement dans ces affections, sans les cautères. Quand une notabilité médicale est appelée en consultation dans des cas difficiles de ce genre, elle est heureuse de ne pas y trouver de cautères déjà appliqués, car sa prescription est toute prête alors: cela fait de l'effet dans l'esprit des parents, et surtout du malade, car le cautère entame la peau; et si ce secours avait déjà été appliqué, la notabilité vous le change de place, vous en multiplie le nombre, vous en prescrit de plus épais. Si le mal existe encore, le cautère doit l'affaiblir ou le guérir en l'attirant au-dehors, en déplaçant les courants morbides; et si le mal est guéri, le cautère doit en prévenir la récidive. C'est, comme on le voit, le remède par excellence, le *quid divinum* de longévité de notre époque! Enquérez-vous cependant des bienfaits qu'on en retire? c'est une autre affaire! Informez-vous du mal que l'abus d'une pareille pratique produit quelquefois? c'est plus sérieux encore. Nous allons citer quelques exemples.

Une jeune femme, âgée d'une trentaine d'années, est en ce moment à l'hôpital Cochin (service de M. Briquet), pour un cancer à l'estomac, arrivé déjà à la période cachectique, formant à l'épigastre une tumeur dure, du volume du poing. Cette région avait été couverte, en ville, de nombreux cautères à la potasse, qu'on faisait suppurer depuis quelque temps. La malade souffrait horriblement de toutes ces plaies; et quand elle a été reçue à l'hôpital, il a fallu, pour la soulager, commencer par cicatriser ces nombreuses ulcérations dont les cicatrices comprennent un espace au moins de la largeur de la paume de la main. Une dernière plaie y reste encore, de la largeur de 6 centim. carrés environ (2 pouces), et elle offre de la difficulté à se cicatriser, à cause de l'état de maigreur de la patiente. Que pouvaient-ils ces cautères à la peau, en présence d'un cancer à l'estomac? Songez cependant au mal que produit, dans ces cas, l'insomnie, à l'inappétence, et quelquefois aussi à la fièvre qu'occasionnent la douleur et la suppuration de ces plaies artificielles, d'une impuissance absolue d'ailleurs sur un mal organique comme le cancer ! Une femme que nous avons vue hier (10 sept.) à la consultation de l'hôpital St-Louis, portait aussi plusieurs cautères à l'hypogastre pour un cancer horrible qu'elle avait à l'utérus; elle nous a assuré qu'elle souffrait plus de ces cautères que de son mal utérin ! Une autre jeune femme, atteinte de bronchite capillaire et de tubercules à l'état de crudité, portait déjà six cautères sur le devant de la poitrine, lorsque son médecin a désiré s'éclairer des lumières d'un membre de l'Académie royale de médecine. La consultation a eu lieu à la campagne, au domicile de la malade : six autres cautères ont été prescrits sur le derrière de la poitrine. Malgré cette douzaine de cautères, le mal suivait son cours habituel, la bronchite intercurrente n'avait pas été modifiée le moins du monde, et la malheureuse patiente ne pouvait se coucher ni en pronation ni en supination, vu la présence des douze cautères; elle passait les nuits assise dans son lit, et était réduite à l'extrémité par le fait des cautères ajoutés à sa maladie; son sommeil et son appétit avaient disparu. Il est à remarquer que la cicatrisation de ces cautères n'a pu être obtenue que très-lentement, tant la constitution était déjà altérée.

Il est des cas bien autrement fâcheux de l'abus de cette pratique. M. Briquet nous a raconté qu'un jeune homme très-maigre, qui était traité en ville pour une hypertrophie au cœur, a eu un large cautère appliqué à la région précordiale; l'eschare a agi si profondément, qu'à sa chute elle s'est trouvée avoir perforé les muscles intercostaux, la plèvre et le péricarde; la pointe du

cœur battait à nu; le malade est mort peu de temps après. Dans un autre cas qui nous a été communiqué par le même praticien, l'eschare du cautère avait pénétré dans une caverne pulmonaire sous-jacente, et l'on en prévoit les conséquences. Nous avons vu un cautère au bras se convertir en cancer et nécessiter l'amputation du membre dans l'épaule. Ces accidents des suppurations chroniques ne sont pas les seuls. Il serait difficile de savoir en quoi le cautère pourrait être utile dans ces occurrences. En principe, l'application est absurde; en fait, elle est nulle, sinon nuisible. Comment en effet une suppuration artificielle à la peau pourrait elle détourner un travail hypertrophique déjà accompli sur le cœur, dans ses cavités, dans ses valvules, une fonte purulente de tubercules déjà effectuée? Quelle dérivation pourrait-il résulter dans une maladie viscérale profonde par une suppuration circonscrite établie dans un point du tissu cellulaire externe, sous-cutané, qui n'offre anatomiquement aucune communication directe avec l'organe malade? Fera-t-on intervenir la doctrine des sympathies nerveuses? mais que peuvent-elles, ces hypothèses, en présence d'un mal matériel, physico-dynamique? On veut, dit-on, révulsionner! Révulsionner, quoi? le travail congestif, sans doute; mais il est complètement illusoire de croire qu'on détourne ainsi dans l'économie vivante les actions morbides par des courants opposés comme par des jeux de télégraphes électriques!

La conséquence que nous voulons déduire de ces remarques, c'est qu'on a tort d'employer sans discernement les exutoires, d'en abuser surtout au point de produire des accidents, et sans aucune chance favorable dans une multitude de cas, par suite de la doctrine des prétendues révulsions. On se tromperait cependant si l'on croyait que nous proscrivons indistinctement tous les exutoires. Ces remèdes ne doivent être employés qu'au double point de vue de l'absorption des éléments qui les composent et des liquides qu'ils soustraient à l'économie. Il en résulte des applications bien différentes de celles qu'on suit dans la pratique, car il n'est guère utile de provoquer des suppurations, tandis qu'il est avantageux de favoriser l'absorption de différents remèdes par la surface de l'exéutoire, très-près du mal. Cette question est, comme on le voit, digne de nouvelles études. Il est des exutoires complètement inutiles ou nuisibles; il en est d'autres dont l'usage veut être mieux entendu. Par suite de cette manière de voir, il n'est pas indifférent qu'un exutoire soit posé avec tel ou tel moyen, son action étant très-différente, soit qu'on agit avec la cantharide ou la pommade ammoniacale, avec le calo-

rique concentré ou la potasse, avec le séton ou un cylindre de camphre qu'on brûle, etc. Les pansements eux-mêmes offrent d'autres considérations plus importantes encore au point de vue dynamique. Nous reviendrons sur ce sujet.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

4. *Recherches sur la structure de la membrane muqueuse intestinale*; par M. F. Masselot, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Versailles, membre de la Société anatomique de Paris.

(Suite : *voir* t. 157, septembre 1845, p. 1.)

(Archives générales de Médecine, juillet 1845.)

Quatrième membrane. Derme ou chorion de l'intestin. (Membrane fibreuse, membrane nerveuse, tunique propre du canal intestinal des auteurs.) — J'ai déjà fait connaître, au commencement de ce travail, combien ont été partagées les opinions des auteurs anciens relativement à l'existence et à la structure de cette membrane. On verra tout à l'heure que cette question n'est pas beaucoup plus avancée de nos jours, et qu'elle est encore assez loin d'avoir reçu une solution définitive. On s'explique jusqu'à un certain point les contradictions que l'on trouve dans les ouvrages anciens par l'état des connaissances anatomiques à cette époque ; mais aujourd'hui que cette branche des sciences médicales a fait tant de progrès, il devient beaucoup plus difficile de se rendre compte des dissidences qui règnent entre les anatomistes lorsqu'il s'agit de faits matériels et de la description d'objets qui sont facilement accessibles aux sens. Cependant je croirais ne pas m'écarter beaucoup de la vérité en supposant que ces contradictions doivent en grande partie leur origine à ce que trop d'auteurs écrivent sans consulter suffisamment l'observation, ou bien en vue d'une idée préconçue.

Willis a décrit la membrane dont il s'agit sous la dénomination de *tunique nerveuse;* non pas qu'il la regardât comme formée principalement de fibres de substance nerveuse, car il est hors de doute que cet auteur a employé les mots *fibres nerveuses* comme synonymes de *fibres tendineuses*. Plus tard, cette membrane fut rejetée comme n'ayant pas une existence propre. Bichat la considère comme une lame de tissu cellulaire dense et serré qui donne à l'intestin sa force, et qu'il a nommée tissu cellulaire sous-muqueux. Aujourd'hui on trouve encore beaucoup

de dissidence entre les écrits des auteurs sur ce point d'anatomie. Ainsi les uns, et c'est le plus grand nombre, admettent cette membrane comme ayant une existence indubitable ; ils la regardent comme de nature fibreuse, et l'assimilent aux membranes aponévrotiques, en lui reconnaissant toutefois une texture plus dense, plus serrée ; les autres la révoquent en doute ; d'autres enfin gardent à son sujet un silence absolu dans l'énumération des membranes qui composent, selon eux, la paroi intestinale.

Le même désaccord se retrouve dans les auteurs relativement à ses usages. C'est, du reste, ce qui va ressortir de l'examen rapide des travaux les plus récents. « La membrane muqueuse du canal digestif, dit M. Nat. Guillot, est étendue depuis l'orifice des lèvres jusqu'à l'anus, sur un réseau vasculaire placé au-dessus de la couche musculeuse. Ce réseau est formé par des troncs qui se répandent en ramifications multipliées au-dessous de la membrane muqueuse, après avoir traversé l'épaisseur de la couche musculaire.

« On ne soupçonne ce réseau vasculaire qu'après que les vaisseaux ont été pénétrés par la matière colorante ; alors on reconnaît qu'elle occupe la place de la couche nerveuse ou fibreuse des auteurs. C'est la même partie sous un autre aspect et avec une autre dénomination qui indique mieux sa texture ; les vaisseaux n'ont plus alors cet aspect blanchâtre qui les fait confondre avec les fibres. »

On voit donc, d'après cette citation et celle que j'ai déjà faite précédemment, que pour M. Guillot la membrane nerveuse ou fibreuse serait presque exclusivement vasculaire, et ne se distinguerait de la couche aréolaire et des villosités que par la différence de volume et d'arrangement des vaisseaux.

Voici comment s'exprime le professeur Heule au sujet de la tunique fibreuse de l'intestin : « C'est la couche de tissu cellulaire qui, dans toute l'étendue du canal intestinal, se trouve entre la couche musculaire et la membrane muqueuse proprement dite, dans laquelle les fibres musculeuses annulaires semblent se perdre en partie, et à travers laquelle les vaisseaux sanguins, divisés en ramuscules très-déliés, se rendent de la face externe de l'intestin à la membrane muqueuse. Elle se compose de faisceaux blancs, brillants, croisés en tous sens, et fait corps en dehors avec le tissu cellulaire interstitiel des muscles, en dedans avec le tissu de la membrane muqueuse, d'une manière si intime, que toute séparation qu'on opère entre elle et ces tissus est purement artificielle. En conséquence, ce n'est peut-être point une faute de nier l'existence de cette tunique et de la considérer comme une

couche de tissu cellulaire amorphe qui ne prend l'apparence d'une membrane que parce qu'elle est étalée entre deux couches membraneuses. Cependant, si l'on réfléchit que même les membranes fibreuses ne sont pas rigoureusement délimitées, et si l'on prend en considération la grande force dont jouit la couche de tissu cellulaire, surtout au canal intestinal, il y aura d'autant moins d'objections à faire à ceux qui l'érigent en membrane, qu'on ne doit pas perdre de vue que toutes les membranes fibreuses ne sont autre chose que du tissu cellulaire condensé. »

Mettons en regard de cette citation le passage suivant, extrait de l'*Anatomie descriptive* de M. Cruveilhier : « Alternativement admise et rejetée, la membrane fibreuse intermédiaire à la membrane musculeuse et à la membrane muqueuse dont elle est tout à fait distincte, connue par les anciens sous le titre de *nerveuse*, constitue à proprement parler la charpente de l'organe. Pour démontrer cette membrane, il suffit : 1° d'enlever sur un estomac la tunique péritonéale et la tunique musculeuse ; 2° de retourner l'estomac sur lui-même , et d'enlever sur les mêmes points la membrane muqueuse. Cette expérience met, en outre, dans tout son jour la grande résistance de la membrane fibreuse ; car, réduit à cette membrane, l'estomac peut encore supporter une distension considérable, tandis que lorsque la membrane fibreuse a été divisée, on voit la membrane ou les membranes restantes s'échapper à travers la perte de substance.

« Cette membrane ne saurait être confondue avec le derme muqueux, car elle adhère beaucoup plus fortement à la membrane musculeuse, dans l'épaisseur de laquelle elle envoie des prolongements multiples, qu'à la membrane muqueuse, à laquelle elle est unie par un tissu cellulaire lâche.

« Cette membrane fibreuse n'est pas disposée linéairement à la manière des aponévroses et des membranes fibreuses d'enveloppe, mais elle forme un réseau très-dense dont les filaments ou lamelles peuvent être isolés par l'insufflation ou l'infiltration.»

En comparant les descriptions de ces deux anatomistes, on est frappé de la dissidence qui s'élève entre eux au sujet de l'existence de cette membrane, puis relativement à ses rapports et à son union avec la membrane muqueuse.

D'après le professeur Heule, l'union entre ces deux membranes serait si serrée, si intime, que toute séparation qu'on opérerait entre elles serait purement artificielle. Au contraire, d'après M. Cruveilhier, la membrane fibreuse ne serait unie à la muqueuse qu'au moyen d'un tissu cellulaire lâche, tandis que son union avec la tunique musculeuse serait beaucoup plus intime.

Ces deux descriptions ne sont vraies ni l'une ni l'autre. Ainsi il est impossible de découvrir entre la membrane fibreuse et la membrane muqueuse la moindre trace d'une couche de tissu cellulaire lâche qui leur serait interposée et leur servirait de moyen d'union. Je reviendrai sur cette particularité en parlant de la composition de la membrane muqueuse.

Le docteur Heule se trompe aussi lorsqu'il affirme que ces deux membranes sont unies d'une manière si intime que leur séparation est purement artificielle. La description que j'ai donnée précédemment, et mieux encore les pièces anatomiques que je possède, démontrent jusqu'à la dernière évidence la double erreur dans laquelle sont tombés ces deux anatomistes. Quant aux usages de la membrane fibreuse, les mêmes auteurs ne paraissent pas lui en accorder d'autres que de former la charpente intestinale et de donner aux intestins la grande résistance dont ils sont pourvus.

Dans le travail qu'il a inséré dans les *Archives générales du Muséum d'histoire naturelle*, M. Flourens garde un silence absolu sur la membrane fibreuse des auteurs. Il parait même ne pas l'admettre, car je ferai voir que tout ce qu'il dit du derme doit se rapporter exclusivement à la muqueuse de la plupart des anatomistes.

Dans ses études hydrotomiques et mycrographiques, M. Lacauchie s'exprime ainsi à ce sujet : « Placée entre les membranes musculeuse et muqueuse, la tunique celluleuse les unit, mais assez lâchement pour leur permettre de jouer l'une sur l'autre. Du côté de la membrane charnue, cette couche celluleuse ne s'enfonce pas directement entre les faisceaux musculaires ; ceux-ci, en dedans, sont recouverts par une lame fibreuse, véritable aponévrose d'enveloppe dont une face répond au muscle, et l'autre à la couche celluleuse qui nous occupe et qui lui est continue. Une disposition analogue existe entre la couche celluleuse et la membrane muqueuse : la première ne jette pas directement ses filaments dans la seconde. Entre ces deux parties si différentes, s'interpose, chez l'homme en particulier, une lame fibreuse mince, ou mieux une lame celluleuse condensée, sur laquelle est appliquée la membrane muqueuse ou ce qu'on nomme généralement ainsi. » On voit donc, contrairement à l'opinion de M. Cruveilhier, que la muqueuse est en rapport immédiat avec la tunique fibreuse.

Voici sur cette membrane tout ce que je crois être la vérité. C'est ce dont on peut se convaincre facilement par l'examen des pièces que j'ai actuellement sous les yeux.

La membrane fibreuse ou nerveuse des auteurs a une existence propre, incontestable ; elle est tellement évidente, que j'ai peine à comprendre le désaccord qu'on rencontre à ce sujet parmi les anatomistes. Voici avec quels caractères elle se présente à l'observation après avoir enlevé la membrane vasculaire qui la recouvre : la surface interne lisse, brillante, n'offre pas la moindre trace d'une texture linéaire, filamenteuse ; elle a dans toute l'étendue du gros intestin un aspect partout homogène, qu'on peut comparer avec assez de justesse à une pulpe luisante très-consistante et comme translucide à sa superficie dans les points où la coloration est le moins prononcée. De toute cette surface s'élève une multitude de très-petites éminences ou granulations coniques, de forme régulière et constante, parfaitement distinctes, régulièrement disposées, séparées les unes des autres par de très-petits intervalles déprimés, presque linéaires, sinueux et continus entre eux. Cette disposition lui donne une assez grande ressemblance avec l'aspect que présente l'extrémité des doigts.

MM. Lenoir et Deville, ainsi que mon ami M. le docteur Parise, voulurent bien examiner les pièces anatomiques qui font la base de ce travail. J'eus la satisfaction de voir mon opinion partagée par ces anatomistes, relativement à l'organisation de la membrane fibreuse.

Frappé de la présence du développement et de la coloration des granulations qui se voient à la face interne du derme, puis de l'absence de tissu cellulaire entre cette membrane et la vasculaire, M. Deville se demanda si la présence du sang dans cette dernière membrane ne serait pas le fait de la maladie, et si même elle ne pourrait pas être seulement l'épiderme, pris à tort pour la muqueuse, puisque, détachée dans un intestin sain, elle est d'un blanc mat et ne laisse voir aucun vaisseau sanguin. Il n'y avait qu'un seul moyen de résoudre la difficulté : c'était d'injecter l'intestin à l'état normal. Je fis cette expérience, et la matière colorante vint démontrer l'organisation vasculaire de cette membrane, ainsi que des villosités ou appendices qui se trouvent à sa face interne. La membrane que j'ai décrite sous la dénomination de *membrane vasculaire* ne diffère donc pas de la muqueuse de la plupart des auteurs.

La coloration du derme, beaucoup moins foncée que celle de la membrane vasculaire, varie du blanc légèrement rosé au rosé vif ; mais il est à remarquer que la coloration est toujours plus vive vers le sommet des granulations que dans le reste de la membrane.

Sa face externe se confond avec la couche de tissu cellulaire

lâche sous-jacent, couche toujours assez épaisse, dont la couleur, d'un blanc argentin, contraste fortement avec la couleur rosée du derme et la couleur rouge de la tunique musculeuse. Examinée par cette face, la membrane nerveuse paraît d'abord constituée par l'entre-croisement en tous sens de fibres très-résistantes, très-rapprochées les unes des autres, qui paraissent être de nature fibreuse ; mais sa trame devient d'autant plus serrée, et la disposition linéaire ou filamenteuse d'autant moins sensible, qu'on approche davantage de sa surface interne : bientôt on n'aperçoit plus qu'une texture homogène et inextricable.

Les vaisseaux de l'intestin, après s'être divisés en rameaux déjà nombreux et ténus dans le tissu cellulaire qui sépare cette membrane de la tunique musculeuse, la pénètrent pour s'y ramifier encore et constituer un réseau vasculaire général dont les canaux très-petits ont entre eux de très-fréquentes anastomoses. De ce réseau vasculaire, compris dans l'épaisseur de la membrane fibreuse, partent des troncs déliés qui se rendent dans les granulations ou papilles qui garnissent sa face interne. Si, dans les points les plus injectés, on comprime la membrane, on voit de très-petites gouttelettes de sang apparaître en assez grand nombre au sommet des granulations, et donner lieu à un pointillé rouge et noir fort remarquable. Les points noirs ont bientôt pris une couleur rouge par leur contact avec l'air. En opérant une section complète de la membrane, du sang s'échappe en gouttelettes nombreuses et plus volumineuses que celles qui se montrent au sommet des granulations par suite de la compression. Il est aussi à remarquer que le sang s'écoule du bord de la section à une distance très-petite, mais très-appréciable, de la surface interne de la tunique fibreuse ; de telle sorte que le réseau vasculaire paraît siéger principalement dans les quatre cinquièmes environ de l'épaisseur de cette membrane, l'autre cinquième semblant représenter plus particulièrement la substance pulpeuse, homogène et granulée dont j'ai parlé plus haut.

J'ai indiqué comment les petits troncs vasculaires émis par le sommet des granulations se comportaient pour donner naissance à la membrane vasculaire. (Par membrane vasculaire, je n'entends pas une membrane exclusivement formée de vaisseaux sanguins, je veux seulement dire que ces vaisseaux entrent pour la plus grande part dans sa composition, qu'elle est éminemment vasculaire.) On comprend aussi, sans qu'il soit besoin de revenir sur ce sujet, comment la surface interne de la membrane fibreuse, d'après sa disposition, concourt à donner à la surface interne de la membrane vasculaire l'aspect comme aréolé qu'elle présente.

Il résulte de ce qui précède que la membrane fibreuse ou nerveuse des auteurs a une structure qui lui donne la plus grande ressemblance avec le derme ou le chorion cutané, dont elle a en outre l'élasticité, la résistance et la contractilité. Elle forme la charpente du gros intestin comme le derme cutané forme la charpente de la peau ; mais ce n'est pas là le seul ni le plus intéressant usage du derme intestinal. Il paraît jouir encore d'une propriété pleine d'intérêt, ignorée, je crois, jusqu'à ce jour : je veux parler de la propriété qu'il posséderait de reproduire sinon la membrane vasculaire, du moins une membrane qui offre avec elle la plus grande ressemblance, lorsque, dans une affection des colons, la dyssenterie par exemple, cette membrane a été détruite en partie par la maladie et rendue avec les matières fécales. Je vais relater le fait qui m'a conduit à émettre cette vue. Les détails dans lesquels je vais entrer pourront peut-être paraître superflus à quelques personnes ; mais j'ai pensé qu'il était utile, puisqu'il s'agissait d'un fait nouveau, de montrer que j'ai étudié attentivement les pièces qui servent de base à l'opinion que je viens d'émettre relativement à la membrane fibreuse.

L'individu qui fait le sujet de cette observation était considéré comme parfaitement guéri de la dyssenterie. Il mangeait les trois quarts depuis longtemps, et était sur le point de sortir de l'hôpital, lorsque, après le repas du soir, il mourut subitement. Il avait été assez gravement malade, et j'avais constaté dans les selles la présence de la membrane vasculaire.

Dans le cœcum, la membrane vasculaire a une coloration variée ; on la trouve alternativement jaune-rougeâtre ou verdâtre, ou bien jaune foncé ou jaune clair, caractères des ecchymoses déjà anciennes.

Dans la partie supérieure du cœcum, la membrane vasculaire est sensiblement plus mince que dans sa moitié inférieure, où se trouvent presque exclusivement les variétés de couleurs dont je viens de parler.

Dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale, il existe une coloration rouge pâle siégeant exclusivement dans la membrane vasculaire. Dans tout le cœcum, le derme, brillant, granulé, très-résistant, laisse apercevoir dans son épaisseur des vaisseaux sanguins, assez nombreux et assez développés, qui se rendent dans ses granulations. Celles-ci seules ont une teinte légèrement rosée ; le reste de la surface du derme est d'un blanc un peu jaunâtre. Au-dessous du cœcum, dans l'étendue de 3 décimètres, on trouve une coloration générale d'un rose vif, à l'exception de la partie moyenne de cette étendue, où se voit une teinte

rouge obscur, et même brune ou ardoisée çà et là, occupant la longueur de 6 centimètres environ, et siégeant dans la membrane vasculaire, qui, dans cette même partie, a une épaisseur plus considérable que dans les portions voisines. Le derme sous-jacent offre aussi une épaisseur et une vascularisation plus développées qu'ailleurs.

Un peu plus bas, dans une longueur de 6 centimètres sur 3 centimètres de largeur, la surface intestinale occupe un plan inférieur à celui des parties environnantes. Cette portion déprimée, luisante, granulée, de la couleur rosée la plus vive et la plus belle, interrompue çà et là par de petits îlots saillants, oblongs ou circulaires, formés par la membrane vasculaire, qui, dans ces parties saillantes, offre une épaisseur assez considérable et une coloration rouge obscur. Toute la portion de surface intestinale déprimée doit sa couleur vive rosée à une infinité de petits vaisseaux bien visibles à l'œil nu, mais particulièrement à la loupe. Ces vaisseaux semblent partir tous du sommet des granulations pour marcher à la rencontre les uns des autres et s'anastomoser ; de telle sorte qu'ils paraissent former un canevas ou une charpente réticulée qui comprend dans ses mailles fort peu larges une matière molle rosée. Ce réseau vasculaire et cette matière molle rosée forment une couche pulpeuse, granulée, excessivement mince, remplissant exactement toute l'étendue de la surface déprimée. La résistance et la densité de cette matière pulpeuse ne sont pas partout les mêmes : ainsi, dans tous les points où cette couche pulpeuse se trouve en contact immédiat avec la membrane vasculaire, et même çà et là, à une certaine distance du bord saillant que forme cette dernière membrane, elle est assez résistante pour constituer une couche membraneuse évidemment continue avec la membrane vasculaire ; mais dans sa partie centrale elle ne forme plus qu'une couche très-peu consistante, qu'on ne peut plus isoler en membrane. Je me suis assuré de tous ces faits de la manière suivante : j'ai coupé transversalement la membrane vasculaire à une certaine distance de la surface déprimée dont il s'agit ; puis, isolant avec précaution cette membrane du derme, j'ai emporté avec elle et à sa suite une partie de la matière pulpeuse qui formait véritablement une membrane dont les vaisseaux très-déliés se perdaient dans la membrane vasculaire ; mais, arrivé à une certaine distance du bord saillant que forme cette dernière membrane dans la cavité intestinale, la couche de matière pulpeuse se déchirait par la plus légère traction.

La lame membraneuse ainsi détachée, formée en partie par

la membrane vasculaire, en partie par la matière pulpeuse, examinée par sa face externe, c'est-à-dire par celle qui répond au derme, offre partout une surface continue, lisse, où se voit une multitude de petits enfoncements qui répondent à autant de granulations du derme. Les mêmes choses s'observent autour de plusieurs des îlots saillants dont j'ai parlé.

La partie centrale de la matière pulpeuse forme une couche excessivement mince, continue, mais non encore assez consistante pour qu'il soit possible de l'enlever en membrane ; on la détache du derme par un léger frottement avec l'ongle et même avec la pulpe du doigt. Toute cette matière pulpeuse enlevée, on trouve le derme sous-jacent garni de granulations très-développées dont le sommet particulièrement est d'un rose très-vif ou écarlate ; mais c'est surtout dans la partie centrale, là où la matière pulpeuse n'a pas encore une consistance assez grande pour s'enlever en membrane, que la vascularisation et la rougeur sont plus développées. Le derme, dans les petits intervalles qui séparent les granulations, et même la base de plusieurs granulations, n'ont point, comme le sommet de celles-ci, une coloration rosée ou écarlate ; mais elle est tantôt jaune-rougeâtre ou jaune pâle, tantôt bleuâtre, et même ardoisée. La teinte bleuâtre ou ardoisée n'occupe que quelques points fort peu étendus, et siége, comme les autres teintes, dans l'épaisseur du derme, près de sa face interne, qui partout est lisse, brillante, granulée, et n'offre nulle part la moindre perte de substance. Dans le reste du gros intestin jusqu'à 3 décimètres de l'anus, on trouve, à des intervalles irréguliers, de petites dépressions ou sortes de cicatrices, généralement circulaires, dont le diamètre varie de 1 à 5 millimètres. Ces dépressions sont d'autant plus visibles qu'on les observe plus bas dans l'intestin. Leur coloration est d'un rose vif ou écarlate, et la membrane vasculaire, à leur pourtour, est aussi plus colorée que dans les autres parties. Le fond de la presque totalité de ces ulcérations est formé par une matière pulpeuse en tout semblable à celle dont il a été parlé plus haut. Cette matière pulpeuse granulée, brillante, forme une couche très-mince, continue avec la membrane vasculaire, ainsi que je m'en suis assuré en séparant celle-ci du derme.

En plaçant la membrane détachée entre l'œil et un corps lumineux, on constate que le point déprimé est complètement fermé par une couche membraneuse excessivement mince, translucide, très-riche en vaisseaux sanguins des plus déliés, qui se perdent dans la membrane vasculaire. Il faut encore noter que les petites dépressions dont il s'agit ne sont visibles qu'à la face

interne de la membrane vasculaire, tandis que sa face externe forme avec celle-ci un plan sur lequel se voient partout les petits enfoncements qui logent les granulations du derme. Celui-ci, dans les points qui correspondent aux dépressions de la membrane vasculaire, a toutes ses granulations très-développées, fortement colorées en rouge vif, notamment à leur sommet. Les vaisseaux sanguins, dans ces mêmes points du derme, nombreux et assez développés, rattachent entre elles les granulations dans lesquelles ils semblent se terminer. Enfin, on observe encore que les petits espaces de derme compris entre les granulations offrent tantôt une teinte bleuâtre ou ardoisée, tantôt une teinte jaune ou jaune pâle. Ces variétés de couleur ne s'observent bien nettement que dans les portions de derme sous-jacentes aux plus grandes dépressions. Partout où la membrane vasculaire n'a pas été détruite, le derme granulé, brillant, est tout à fait blanc ou d'une couleur blanche avec teinte très-légèrement rosée.

Vers l'extrémité inférieure de la portion d'intestin que je décris, on rencontre cinq dépressions ou cicatrices dont le fond, en totalité ou en partie, n'est pas formé par la couche rosée membraneuse et granulée de matière pulpeuse qui constitue toute la surface des dépressions dont il a été question plus haut ; mais ce fond est lisse, brillant, verdâtre ou blanc-bleuâtre. Si on détache la membrane vasculaire, on voit aussitôt qu'elle est percée dans toute son épaisseur, et on reconnaît de plus que le fond brillant et bleuâtre de la dépression est constitué par le derme, qui lui-même a été détruit en partie. En effet, la cicatrice est au-dessous du niveau des parties environnantes ; elle n'offre pas la moindre trace de granulations, et, de plus, l'arborisation vasculaire du derme cesse brusquement à son pourtour. Dans la plus étendue de ces dépressions, on observe une chose fort remarquable : c'est que la couronne externe du cercle qui fait son fond est constituée par de la matière pulpeuse rouge, granulée, laquelle forme une membrane continue avec la membrane vasculaire, tandis que la partie centrale de ce cercle, plus déprimée, luisante, ardoisée, n'offre aucune trace de cette matière pulpeuse. Si on détache la membrane vasculaire, et, avec elle, la matière pulpeuse qui lui adhère, on reconnaît que cette partie centrale est sur un plan inférieur à celui de la surface du derme, qu'elle est dépourvue totalement de granulations et de vaisseaux sanguins. Les granulations et l'arborisation vasculaire qui existe dans la couronne du derme, qui est recouverte de la matière pulpeuse, s'arrêtent brusquement sur tout le contour de la cicatrice, dont le fond est au-dessous du niveau des parties voisines du derme. On voit encore

ici que l'ulcération dyssentérique a détruit une partie de l'épaisseur du derme, et que c'est précisément dans les points du derme ainsi altérés que n'existe pas la matière pulpeuse.

A 15 centimètres de l'anus, dans une longueur de 1 décimètre, la membrane vasculaire paraît avoir été détruite presque en totalité. On ne trouve qu'une couche fort mince de la consistance de la gelée de groseille peu dense, de la coloration rosée la plus belle, laissant voir un bon nombre de linéaments très-déliés, d'un rouge-écarlate peu de temps après le contact de l'air. Cette couche pulpeuse granulée, brillante, continue, ne peut pas cependant s'enlever à la manière d'une membrane, même à son périmètre, où elle est en contact avec la membrane vasculaire. Il faut pourtant excepter trois points fort peu étendus où elle offre assez de consistance pour rester adhérente à cette dernière ; mais elle se brise bientôt. Dans toute son étendue, elle est parsemée d'un assez bon nombre de petits points luisants, bleuâtres, de 1 à 3 millimètres de diamètre, plus ou moins déprimés au-dessous du niveau des parties environnantes, dues à des ulcérations qui ont détruit toute la membrane vasculaire et le derme à une profondeur variable. En effet, si on enlève toute la couche de matière pulpeuse, on voit que le fond des petites ulcérations dont il s'agit est cicatrisé, qu'il siége au-dessous du niveau de la surface du derme, et que celui-ci a été détruit plus ou moins profondément. Cette cicatrice est lisse, bleuâtre ou ardoisée, brillante, entièrement dépourvue de granulations et de vaisseaux.

Au contraire, le derme, dans toutes les parties qui sont recouvertes par la couche pulpeuse, est couvert d'une foule de granulations très-développées, rouges, rattachées les unes aux autres par une arborisation vasculaire très-fine, qui s'arrête brusquement autour de chacune des cicatrices indiquées. Le derme, dans les intervalles que laissent entre elles les granulations, offre une teinte tantôt d'un blanc-bleuâtre, tantôt jaune-orangé, ou jaune pâle.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

5. *Recherches anatomiques et pathologiques sur les amas de charbon produits pendant la vie dans les organes respiratoires de l'homme;* par NATALIS GUILLOT, médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite et fin : *voir* t. 151, mars 1845, p. 14; t. 156, août, p. 45; t. 157, septembre, p. 90.)

(Archives générales de Médecine, mars 1845.)

OBS. XII. — Un vieillard, âgé de 79 ans, fut successivement postillon dans son adolescence, perruquier dans sa jeunesse, puis valet de chambre dans son âge mûr. Il a reçu quelques coups de pieds de chevaux étant postillon; il a eu la gale, quelques blennorrhagies étant perruquier; il a fait plusieurs chutes sans gravité. — Ses cheveux étaient bruns, son teint brun, son tempérament de ceux que l'on nomme bilieux. — Il n'a jamais été sujet à s'enrhumer, il n'a jamais craché de sang. — Sa santé a été parfaite pendant toute la durée de sa vie jusqu'à 65 ans; à cet âge seulement, il s'est aperçu que son haleine devenait courte. Cependant il s'est à peine occupé de cette particularité, et ce n'est qu'à l'âge de 71 ans, il y a huit ans, qu'il a commencé à tousser et à cracher. Cette toux, accompagnée d'une petite expectoration jamais sanglante, et semblable, au dire du malade, à des glaires, n'a pas cessé depuis cette époque. — Il y a plusieurs années, ses facultés intellectuelles se perdirent momentanément : il entra à la maison des aliénés, en sortit après quelque temps, guéri quant au moral; il entra depuis dans la deuxième salle de médecine, le 20 décembre 1842. — Il y fut placé sous le n° 44. Je ne vis ce malade qu'en 1843; mais jusqu'à cette époque les détails de sa maladie furent recueillis par M. Bernutz, mon élève.

Il était amaigri, sans vigueur musculaire aucune, et pouvait à peine quitter son lit.

Une oppression considérable le fatiguait incessamment; il expectorait avec abondance des matières semblables à du blanc d'œuf battu, et en rendait chaque jour des quantités telles que les crachoirs étaient pleins. A part quelques mouvements fébriles quotidiens, cet état dura jusqu'au mois de mars 1843. Le 15 mars, il eut une hémoptysie, la première de toutes celles qu'il éprouva. Le sang était vermeil, rutilant; sa quantité peut être évaluée à un demi-verre. Ce symptôme fut accompagné de mouvements fébriles très-appréciables. — Cet accident n'eut d'autre effet que de faire diminuer considérablement les forces du malade. La toux, l'expectoration, reprirent leurs caractères premiers; puis,

dans le courant d'avril, plusieurs hémoptysies se succédèrent assez rapidement, séparées les unes des autres par des intervalles apyrétiques pendant lesquels les symptômes locaux, l'état général, sauf la décroissance des forces, redevenaient les mêmes.

Vers la fin d'avril 1843, les phénomènes suivants s'ajoutèrent à ceux que je viens de décrire. La langue se couvrit d'un enduit blanchâtre; un dégoût prononcé pour tous les aliments se manifesta; la soif devint vive; il y eut de la douleur produite par la pression sur l'épigastre, et quelque peu de diarrhée. Les phénomènes des organes respiratoires étaient les mêmes.

Le 1er mai 1843, ayant été chargé du service de la salle dans laquelle était couché ce malheureux, je le reçus du médecin, mon prédécesseur, qui le considérait comme tuberculeux : je partageai entièrement cette manière de voir, et j'observai immédiatement ce malade.

L'intelligence était nette, les mouvements libres sans paralysie, la sensibilité des sens et des téguments parfaite; les traits n'offraient aucune déviation. — Il était très-maigre, pâle et sans aucune force musculaire. — La respiration se répétait 28 fois par minute dans la position assise, la seule qui convînt au malade même pendant le sommeil. — Il toussait par quintes le plus souvent; mais un seul effort amenait de temps en temps une expectoration, variable en quantité, de crachats incolores, sans caractères précis, mêlés à des quantités très-irrégulières d'un liquide filant. Cette expectoration varia plus d'une fois : tantôt la matière excrétée fut plus dense, quelquefois elle fut jaunâtre : on la vit visqueuse pendant quelques jours; mais aucun de ces phénomènes ne fut constant.

L'odeur des crachats fut constamment nulle. — Il n'y avait jamais eu de sueurs nocturnes; le malade n'en présenta pas non plus à mon observation.

L'examen des organes abdominaux et des organes de la circulation ne fournit que l'appréciation de phénomènes sans importance pour le sujet qui m'intéresse. Le mouvement fébrile seul, avec redoublement le soir, est le seul fait digne d'être noté, parce qu'il ne cessa pas d'être remarqué jusqu'à la mort de ce vieillard. Le pouls marquait 80 pulsations par minute; le soir, 90. — Le fait le plus caractéristique du mouvement fébrile était la chaleur de la peau. Les battements du cœur étaient faibles, sans énergie; cependant, après les efforts de toux, après les mouvements, on appréciait parfaitement bien un bruit de souffle perceptible pendant la systole ventriculaire, pendant la dilatation artérielle, se faisant entendre pendant le premier bruit du cœur

par conséquent, et limité au-dessous et en dedans du téton gauche, dans un espace de trois centimètres de diamètre dans tous les sens. Je diagnostiquai une affection morbide de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, avec insuffisance de cette valvule.

Le thorax était amaigri et légèrement déformé sous la clavicule droite, endroit auquel on observait une dépression sensible.

Par la percussion, j'obtins les résultats suivants : A droite, en arrière, matité assez prononcée et s'accroissant de plus en plus de bas en haut, à partir du niveau de la sixième côte, dans la région de la fosse sus-épineuse ; cette matité est manifeste. — Antérieurement, la matité s'étend depuis la clavicule en haut, le sternum en dedans jusqu'en dehors, à la distance de 6 centimètres environ du mamelon. Partout ailleurs, du même côté, la sonorité est parfaite. — A gauche, en arrière, matité dans la région de la fosse sus-épineuse ; elle décroît jusqu'à l'angle de l'omoplate en avant. Cette matité est complète sous la clavicule ; mais ses limites ne descendent pas si bas que du côté droit.

L'auscultation fait également reconnaître les caractères suivants : A droite, on n'entend pas le bruit respiratoire dans les endroits où existe la matité ; c'est seulement dans les régions où la sonorité est manifeste que les bruits de l'inspiration et de l'expiration sont appréciables. Le murmure expiratoire est seulement dans ces endroits sensiblement prolongé.

A la place des bruits respiratoires dans les endroits vers lesquels la matité existe, l'application de l'oreille sur la poitrine fait percevoir un souffle peu manifeste dans la respiration ordinaire, mais qui devient fort net après la toux et après les grandes inspirations.

A gauche, les mêmes phénomènes existent et se reproduisent avec les mêmes caractères au niveau de tous les endroits où l'on reconnaît la matité. — De ce côté, on croit reconnaitre pendant la toux du gargouillement ; mais l'appréciation de ce phénomène me semble obscure.

Il n'y a de chaque côté aucune pectoriloquie, nul indice de respiration caverneuse. On n'entend aucune sorte de bruit de craquement ou de frottement ni à droite ni à gauche. — Ces phénomènes ne changèrent en aucune façon jusqu'à la mort du malade ; le mouvement fébrile, la perte croissante des forces, augmentèrent chaque jour, et tellement qu'il pouvait à peine, plusieurs jours avant son décès, supporter les examens qu'il était nécessaire de lui faire subir. Il n'eut jamais, pendant la durée de mon observation, aucune sueur nocturne, aucune diarrhée abondante. Plusieurs jours avant la mort, la quantité de crachats

diminua ; mais l'expectoration devint sanguinolente, spumeuse, visqueuse, et prit tout à fait l'aspect des crachats des pneumonies au premier degré. Aucun des phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion ne fut modifié, augmenté ou diminué pendant le temps que durèrent ces crachats, qui ne furent accompagnés d'aucune douleur de côté. — Vers le milieu de mai, le malheureux mourut sans agonie.

Nécropsie. — Quelques granulations opalines sur les parois des ventricules cérébraux furent seulement appréciées par l'examen de la tête. Les organes abdominaux ne fournirent aucune étude intéressante. Le cœur, peu volumineux, présentait à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche une ouverture assez grande pour qu'elle ait pu être évaluée à un diamètre de 4 centimètres. La valvule de cet orifice était en partie détruite et ne présentait qu'une faible portion de son étendue. — Les poumons, qui furent injectés par les veines et les artères pulmonaires, offrirent les particularités suivantes : — Leur tiers supérieur, de chaque côté, était transformé en une masse noire qui s'éteignait lentement au-dessous de la région moyenne de la poitrine. Cette masse noire, étendue depuis la surface des poumons jusqu'aux origines des bronches, était molle, flexible, sans élasticité, résistante au scalpel. Elle n'était parcourue par aucune ramification vasculaire, excepté dans les parties inférieures les moins malades, où quelques divisions vasculaires se rencontraient encore, mais rarement. L'air ne pénétrait point dans ces masses, séparées des tissus voisins encore perméables à l'air ; elles se précipitaient au fond de l'eau. — Au centre de l'une de ces masses, celle du côté gauche, on put reconnaître un ramollissement de la matière noire sans aucune communication avec les bronches, et le même peut-être qui produisit la sensation de gargouillement pendant la vie, car il était situé au niveau du point où ce symptôme avait été reconnu. — En somme, pour ne pas faire de répétition inutile, je dirai que ce poumon sans tubercules a été examiné par les procédés décrits précédemment, et que la présence du charbon dans l'intérieur des tissus a été certainement le seul genre d'affection de poitrine que la dissection m'ait permis de reconnaître sur ce vieillard.

Obs. XII. — Un vieillard âgé de 73 ans entra à l'infirmerie le 30 janvier 1844, et présenta les symptômes suivants : — L'ensemble de la constitution indiquait la débilité ; les téguments étaient pâles, sans chaleur, les cheveux rares.—Une oppression notable gênait les mouvements respiratoires. Une toux sèche, sans expectoration, se reproduisait fréquemment. Le nombre des

pulsations artérielles était de 84, et les mouvements du cœur étaient sans énergie. — La poitrine se soulevait trente-six fois par minute.—Un souffle manifeste aux deux temps était perceptible par l'auscultation dans toute la hauteur du thorax du côté gauche. Du côté droit, ce souffle pouvait être entendu dans l'inspiration, seulement au niveau supérieur de la fosse sous-épineuse. Tout ce côté droit faisait entendre également un râle crépitant dans toute la hauteur de la poitrine. On pratiqua une saignée de trois palettes ; douze ventouses scarifiées furent appliquées en arrière de la poitrine, elles servirent à extraire 300 grammes de sang environ. On donna au malade des boissons chaudes gommeuses et quelques juleps avec addition de sirop de pavot. Le 2 février, l'état du malade paraissait meilleur; l'oppression, la toux avaient diminué considérablement, le malade accusait un bien-être général. Un examen minutieux de la poitrine fit cependant reconnaître, malgré cette amélioration, les phénomènes suivants :

Percussion. — Son mat dans les régions supérieures de la poitrine de chaque côté du corps. Ce son mat diminue insensiblement à mesure qu'on exerce la percussion sur des niveaux plus inférieurs.

Auscultation. — Inspiration et expiration soufflantes dans les endroits où la matité est évidente. Râle crépitant dans l'expiration et l'inspiration, principalement à la base de la poitrine et des deux côtés; du côté droit cependant, ce râle crépitant s'entend au niveau de l'épine de l'omoplate.

La chaleur de la peau est revenue, le pouls est au-dessous de 60 pulsations; les forces du malade sont meilleures, le sommeil n'a pas été troublé. Ce vieillard demande à manger : cet état aussi satisfaisant, l'absence totale de fièvre, m'autorisent à satisfaire les désirs de ce malade. Il commence alors à manger, à se lever, à sortir de la salle, et le 20 février il quitte l'infirmerie, après avoir consommé, depuis le 6 février, deux portions d'aliments solides et 200 grammes de vin de Collioure chaque jour, sans autre prescription.

J'examinai tous les jours cet homme, et je fis une dernière observation avant qu'il quittât l'infirmerie, où je ne pus le retenir. La matité, le souffle, persistaient comme le premier jour au sommet des deux poumons ; le râle crépitant se fit toujours entendre dans les deux tiers inférieurs du côté droit de la poitrine. A part ces phénomènes, rien d'apparent ne pouvait indiquer que ce vieillard fût malade. Je pensai toutefois que plusieurs de ces phénomènes locaux étaient dus à la présence de la matière noire.

Depuis l'époque de sa sortie (22 février), cet individu reprit ses occupations suivant les habitudes de la maison, se levant à six heures du matin, montant les escaliers sans souffrir. — Il fut apporté de nouveau à l'infirmerie le 16 mars 1844.—Il présente les symptômes suivants; je les rapporte succinctement parce qu'ils sont étrangers à la maladie qui nous occupe.—Perte de connaissance, paralysie complète des deux membres supérieurs et inférieurs gauches. — Contracture des muscles du côté de la face; déviation de la bouche entraînée de ce côté; le nez est également dévié à droite; des mouvements convulsifs agitent ce côté de la figure. Ces convulsions ne sont point permanentes, elles s'arrêtent, et alors les joues et les lèvres, soulevées par la colonne d'air expirée, produisent le phénomène que l'on indique vulgairement en disant que le malade fume sa pipe. Le malade cherche à répondre aux questions qui lui sont adressées; mais il ne peut se faire comprendre. — Les yeux sont ouverts, l'ouverture des pupilles est normale, la vue est conservée; la peau est chaude, le pouls accéléré. M. Lacour, mon élève interne, pratique immédiatement une saignée de trois palettes. — Le 17 mars, la paralysie des membres a disparu; les mouvements convulsifs de la face ont cessé; la commissure droite des lèvres est seule déviée; la pupille droite est plus dilatée que la gauche; l'intelligence est libre, et ce vieillard répond que depuis plusieurs jours il n'a rien éprouvé que de la douleur de tête. On lui fait encore appliquer douze ventouses scarifiées derrière les apophyses mastoïdes, six le matin et six le soir. Les troubles de l'innervation disparurent complètement; je n'en reparlerai plus.

La poitrine fut examinée de nouveau; elle présentait exactement les mêmes phénomènes de souffle, de matité et de râle crépitant si manifestes le 22 février : rien n'était changé. Il y avait très-peu de toux, pas de crachats, nulle accélération des mouvements de la poitrine, nulle accélération du pouls; seulement une grande faiblesse des organes musculaires et des contractions du cœur. Le pouls peut être compté : il est régulier; mais il est très-faible. (On prescrit des aliments solides, 2 portions; 200 grammes de vin de Collioure : ce régime est suivi jusqu'à la fin de la maladie.)

Dans le cours de cette seconde entrée à l'infirmerie, les forces du malade se perdirent de plus en plus; on trouva de jour en jour les téguments plus froids; les aliments et les boissons ne furent plus désirés. La lenteur et la faiblesse du pouls devinrent de plus en plus appréciables; la diarrhée commença, elle épuisa davantage encore le malade, qui mourut dans la plus grande

faiblesse le 28 mars. La veille de la mort, rien de nouveau ne put être reconnu dans l'examen de la poitrine, excepté, depuis le 26, l'accroissement de la matité qui s'étend à tout le côté gauche de la poitrine depuis le haut jusqu'en bas ; à ce phénomène se joignit une absence complète des bruits respiratoires de ce côté.

Examen du cadavre. — Maigreur extrême ; nulle eschare au sacrum.

Cerveau. — Rougeur intense nettement circonscrite de la surface du lobe postérieur de l'hémisphère cérébral du côté droit. Au-dessous et au centre de cette région colorée, on voit près de la surface cérébrale, au fond d'une anfractuosité, un ancien kyste hémorrhagique à parois celluleuses de couleur d'ocre ; autour du périmètre de ce kyste, la substance cérébrale est fausse et de très-faible consistance ; le canal digestif et ses annexes n'offrent aucune lésion apparente.

Organes de la respiration. — A gauche, une certaine quantité de sérosité sépare les poumons des parois de la poitrine ; de fausses membranes flottent dans ce liquide et adhèrent en partie aux plèvres. (Cette pleurésie datait de l'avant-veille de la mort.) A droite, des adhérences anciennes font adhérer intimement les poumons aux côtes.

Les poumons sont denses, non crépitants ; lorsqu'on les presse, ils sont élastiques comme du caoutchouc, ils surnagent sur l'eau ; leur surface est entièrement noire, comme si on l'avait peinte avec du cambouis. La section de ces organes fait apprécier les désordres suivants : les bronches contiennent des mucosités grisâtres en faible quantité ; le tissu pulmonaire est entièrement pénétré de matière noire comme une masse de pâte de carton noir. Dans cette énorme et pesante accumulation de matière noire se divisent les canaux aériens, dont les extrémités ne sont plus insufflables. Les vaisseaux sanguins ne paraissent plus exister que dans certains points qui ne semblent pas équivaloir à la vingtième partie de la masse totale ; la coloration rouge de ces points, le sang qui s'y trouve accumulé, font reconnaître la présence de ces vaisseaux ; ailleurs, il n'y a que de la matière noire. La quantité en est telle, que non-seulement c'est une infiltration de la matière noire dans les tissus, mais encore ces molécules déposées se sont accumulées sous la forme de granulations miliaires semées en nombre infini au sein des tissus noirs, et sous l'apparence de grosses masses semblables à des truffes, placées au milieu de chaque poumon. Entre ces granulations et ces grosses masses d'un volume très-considérable,

un grand nombre d'amas de diverses grosseurs établissent un nombre infini de variétés. C'est le même fait exprimé par des degrés différents. Les parties inférieures de chacun des poumons sont moins pénétrées par ces molécules noires que les parties supérieures ; cependant la coloration noire est parfaitement évidente à la base des organes respirateurs, même dans les points où les vaisseaux qui n'ont point été oblitérés ont permis le développement des congestions pulmonaires dont on constate parfaitement la présence.

Ces phénomènes anatomiques de congestion sont caractérisés par la présence d'une grande quantité de sang dans les tissus les moins chargés de matière noire. Le lavage enlève ce sang, et les tissus moins colorés alors montrent les caractères normaux du poumon, modifiés seulement par la couleur noire des molécules qui se sont accumulées autour des conduits vasculaires dans l'épaisseur des conduits aériens. L'analyse chimique de la matière noire de ce vieillard a été faite par M. Melsens.

— Après la lecture de ces observations, la description suivante paraîtra d'une exactitude fort grande : « La phthisie avec mélanose, dit Bayle, est fréquemment de longue durée, et pendant longtemps elle ne détermine pour l'ordinaire aucun symptôme alarmant. Les malades ont une toux modérée, accompagnée de crachats blancs ou blanchâtres qui ne paraissent pas toujours de mauvaise nature. Ces crachats sont ordinairement ronds et un peu opaques ; ils nagent presque toujours dans une grande quantité de pituite diffluente... Presque tous les individus affectés de cette espèce de phthisie sont arrivés à un âge avancé ; ils ont rarement moins de 50 ans. Quand la maladie est tout à fait simple, ils n'éprouvent presque aucune souffrance dans la poitrine ; il en est même plusieurs qui n'y ressentent pas le plus léger malaise ; ils disent seulement que la toux les empêche de dormir. On les voit maigrir lentement, et leur pouls présente pour l'ordinaire un peu plus de fréquence que dans l'état ordinaire... Dans les derniers temps de leur vie, plusieurs de ces malades, parvenus à un état de marasme extrême, semblent à peine indisposés, quoique souvent ils crachent beaucoup. Il en est qui meurent très-peu de jours après le moment où ils sont regardés comme affectés d'une maladie sérieuse. » (G. L. Bayle. *Recherches sur la Phthisie pulmonaire;* Paris, 1810, p. 28, lig. 4 et suiv., et p. 29.)

Je puis affirmer que ce tableau exprime parfaitement l'état général de plus d'un vieillard parmi ceux qui viennent terminer leur carrière à l'hospice de la Vieillesse.

Ces vieillards ont généralement plus de 60 ans ; ils sont grêles, pâles, et d'une grande faiblesse musculaire ; ils toussent et crachent depuis longtemps ; quelques-uns ont eu des hémoptysies. Mais c'est principalement dans les derniers temps de leur vie que ces crachements de sang apparaissent et deviennent quelquefois très-abondants. Les mouvements de la poitrine sont lents ; chez quelques-uns, à peine appréciables. Les battements du cœur n'ont aucune énergie, le pouls est très-faible, et lorsqu'un mouvement fébrile accélère le mouvement du sang, cette variation offre une très-médiocre intensité ; une légère chaleur des téguments décolorés est à peine un indice des troubles de la circulation.

Les fonctions digestives décroissent également de plus en plus ; l'appétit devient nul, et les aliments produisent la diarrhée, principalement lorsque la maladie approche de son terme ; les derniers besoins qui n'ont pas disparu sont seulement exprimés par le désir des boissons vineuses.

Les fonctions intellectuelles sont dérangées ; elles persistent jusqu'à l'approche de la mort, faibles, il est vrai, mais parfaitement appréciables.

Cependant cet ensemble de troubles ne peut suffire pour éclairer le médecin ; d'autres études sont indispensables : si on négligeait d'ausculter et de percuter les malades, d'apprécier les caractères de la toux et de l'expectoration, on ne pourrait arriver à une connaissance précise de la lésion.

Il faut, afin de distinguer les phénomènes que je vais indiquer, examiner non-seulement les vieillards qui sont atteints de maladies aiguës ou chroniques, mais encore étudier ceux chez lesquels on ne voit, au coup d'œil superficiel, que les signes d'un affaiblissement général.

Tous les vieillards dans la poitrine desquels le dépôt de matière charbonneuse est abondant, toussent, les uns depuis l'enfance, d'autres depuis l'âge adulte. Il n'en est pas un seul chez lequel la toux ait été un phénomène récent.

Les caractères de cette toux sont variables : chez les uns, les accès de toux sont très-rapprochés ; chez d'autres, ils se renouvellent après des intervalles plus éloignés. Je l'ai vue se renouveler par quintes. Cette toux peut être sèche ; les malades n'expectorent pas toujours. Quelques-uns m'ont assuré que ce caractère de sécheresse avait duré longtemps. Je n'en doute pas ; la généralité des malades que j'ai vus toussaient et expectoraient.

Quel que puisse être le caractère de la toux, il ne m'a jamais paru qu'elle fût douloureuse ; aucun malade ne m'a indiqué cette circonstance.

Chez la plupart, la toux s'est exaspérée l'hiver. Il est évident que dans une saison froide l'invasion d'une ou plusieurs bronchites aiguës a dû faire varier les phénomènes produits. Le fait général qui accompagne cette toux plus ou moins violente est une expectoration de matières liquides de quantité et de qualité diverses.

Ces matières sont expectorées sans effort lorsqu'elles sont peu denses; les efforts deviennent plus manifestes lorsqu'elles sont épaisses et tenaces. La quantité en est variable, au dire des malades : elles sont rendues tantôt avec abondance ; tantôt aussi elles deviennent plus rares. C'est principalement pendant l'hiver que l'excrétion de ces matières augmente. J'ai vu des malades qui, même l'été, pouvaient emplir de ces produits expectorés un crachoir de la contenance de 400 grammes pendant la durée de vingt-quatre heures.

Ces excrétions peuvent être accidentellement mêlées de sang.

Les produits de l'expectoration m'ont paru quelquefois communément composés de deux liquides différents : l'un, plus limpide, forme, après un certain temps de repos, le contour du crachat ; l'autre, plus dense, en constitue le centre. Cette remarque avait été faite par Bayle. La forme de ces crachats est irrégulière ; ils n'adhèrent point aux parois des vases, et sont mobiles lorsqu'on les agite. Ils ne surnagent point dans l'eau et ne contiennent pas d'air. Ils peuvent être transparents ; quelques malades les ont comparés à des diamants.

La saveur de ces crachats est nulle ; ils m'ont paru neutres à leur sortie de la bouche.

Quoique ces caractères puissent être observés, ils sont très-fréquemment modifiés : cela ne saurait être autrement ; car les affections des bronches et des poumons sont assez communes dans la vieillesse, et pendant la durée de ces maladies les apparences des liquides expectorés ne sont plus celles que j'indique.

Le mélange du sang dans les crachats, ou l'expectoration de sang pur, ne m'a paru se rencontrer que chez les individus dont les poumons étaient pénétrés d'une grande quantité de matière charbonneuse. Une des circonstances qui m'ont le plus frappé, c'est l'époque à laquelle se sont produites ces hémoptysies.

C'est principalement dans les périodes les plus avancées de la maladie que ce crachement de sang a été manifeste. Il a pu être alors l'indice de la fin prochaine du malade.

Quelques vieillards ont cependant pu expectorer du sang à des époques moins avancées de leur existence, soit pendant l'âge

adulte, soit pendant l'âge mûr ; mais ces faits antérieurs à la production ou au dépôt considérable de la matière charbonneuse se rattachaient à la présence de l'affection tuberculeuse.

Toutes ces hémoptysies séniles ont été remarquables par les phénomènes suivants :

Le crachement de sang est survenu sans cause occasionnelle appréciable, même au milieu de l'été ; aucun mouvement fébrile ne le précéda, ou bien l'accélération du pouls ne fut que très-faible. Aucune sensation de douleur ne se manifesta dans la poitrine ; à peine les malades eurent-ils de l'oppression. La quantité exacte de sang expectoré fut généralement d'une appréciation difficile ; aussi ne puis-je indiquer la somme du sang rendu par les individus qui ont été l'objet de mes études. Il n'est pas un seul d'entre eux qui n'ait offert l'expuition sanguinolente pendant plusieurs jours, et d'une manière continue, c'est-à-dire que la quantité des matières accumulées en vingt-quatre heures dans les vases put dépasser la somme de 400 grammes (capacité ordinaire des crachoirs de l'hôpital) ; quelques malades emplirent plus de deux de ces vases et purent encore salir plusieurs alèses.

Le sang fut mêlé aux crachats ou non mêlé à ces matières ; il fut spumeux ou non spumeux, rouge ou noirâtre, principalement lorsqu'il fut rendu en grande abondance, et dans ce dernier cas, je suppose qu'il avait séjourné dans les bronches.

L'étude de l'expectoration devient encore plus intéressante en y joignant l'examen de la poitrine, soit par la percussion, soit par l'auscultation.

La percussion fournit chez plusieurs malades un résultat parfaitement en rapport avec l'étendue de la maladie.

Le son de la poitrine est obscur ou mat dans tous les points où la matière charbonneuse est accumulée en quantité notable. Ce fait s'explique très-bien par les données anatomiques que j'ai précédemment exposées. On comprend aussi que lorsque cette matière est en quantité considérable chez les vieillards, on ne saurait l'apercevoir de cette manière ; la percussion ne produit alors aucune espèce de renseignement, ou n'en fournit que de très-vagues.

Les dépôts de la matière charbonneuse se font ordinairement en plus grande quantité dans les régions supérieures de la poitrine ; il en résulte que les sons obscurs ou mats fournis par le choc des doigts sur les parois du thorax se distinguent principalement dans les fosses sus et sous-épineuses, dans le creux de l'aisselle et sous la clavicule.

C'est dans ces endroits qu'il faut opérer la percussion. Cela ne veut pas dire que le son mat ne puisse se rencontrer dans tout autre point de la poitrine dans des circonstances analogues; car il est évident que partout où il y aura de la matière noire en grande quantité, le même symptôme devra se présenter à l'observation. Ce phénomène de matité a été parfaitement appréciable chez les malades dont je donne l'histoire comme un spécimen de ce que l'on voit dans les hospices de la Vieillesse.

L'auscultation des bruits respiratoires et du retentissement de la voix peut également fournir des signes précieux.

Un bruit de souffle très-variable en intensité se présente alors, soit pendant l'inspiration, soit pendant l'expiration. Dans les observations journalières que je fais à chaque visite, ces respirations très-légèrement soufflantes s'offrent fréquemment à mon appréciation : je les attribuais d'abord à des dilatations des grosses bronches; aujourd'hui, après avoir examiné un nombre assez grand de vieillards, soit pendant leur vie, soit après leur mort, je les regarde comme des indices de la présence de la matière charbonneuse au sommet de chacun des poumons.

Lorsque les masses de ces produits sont volumineuses, la respiration soufflante est beaucoup plus nette que lorsqu'elles occupent un espace minime : c'est aussi dans les mêmes circonstances que la matité est un phénomène très-appréciable.

Il m'a paru toutefois que jamais ce souffle n'était fortement prononcé, comme dans la pneumonie; cela tient à ce que les mouvements de la poitrine ne sont pas habituellement fort énergiques chez les vieillards dont la poitrine renferme du charbon.

La voix peut également retentir dans la poitrine et déterminer des phénomènes de bronchophonie qui dépendent de la densité très-considérable des tissus pulmonaires. Mais comme il faut un certain degré de force pour que la bronchophonie puisse être produite, et que la plupart des malades que l'on observe sont dans un grand état d'affaiblissement, on comprend que l'on ne puisse pas constamment être assuré de l'existence de ce symptôme. C'est toujours au niveau des régions où la poitrine ne résonne plus du tout que cette bronchophonie peut être distinguée.

Il faut ajouter encore à ces particularités l'appréciation des gargouillements produits lorsque l'on fait tousser certains malades. Ce symptôme ne peut exister que dans les cas où des cavités existent au centre des masses de matière charbonneuse. Ces cavités peuvent être récentes, dues alors au ramollissement

des tissus pénétrés par la matière noire; ou bien elles peuvent n'être que d'anciennes cavernes : dans l'une ou l'autre de ces circonstances, elles doivent communiquer avec les bronches pour que le phénomène puisse être produit. Ce gargouillement a pu être reconnu avec plus ou moins de précision dans les observations I, V et XI, citées précédemment.

Plusieurs malades ont également présenté le phénomène de la pectoriloquie au niveau des régions où s'était accumulée la matière charbonneuse; ce symptôme, dépendant de l'existence d'une cavité anormale communiquant avec les bronches, ne pourrait exister que dans les cas où le poumon contiendrait une ancienne caverne, ou bien lorsque les tissus seraient ramollis et diffluents. Mais comment alors parvenir à déterminer d'une manière exacte l'existence de la dernière de ces lésions, si ces foyers ramollis ne communiquaient point avec les bronches ?

En dernier résultat, ce qui donne à ces symptômes une grande valeur, c'est qu'ils existent simultanément et dans la vieillesse.

Il deviendrait encore nécessaire de faire apprécier en détail toutes les circonstances qui peuvent être relatives à la marche, à la durée, au pronostic de l'affection charbonneuse, et d'indiquer comment cette maladie vient accroître la gravité des autres lésions pulmonaires chez le vieillard. Mais je ne saurais m'étendre ici sur ces détails trop nombreux; je me propose de les exposer ultérieurement.

Je serais heureux seulement que les faits rapportés ici pussent faire admettre les propositions que j'ai précédemment émises, et que la présence des molécules de charbon dans les poumons de l'homme, ainsi que les symptômes qui en résultent, fussent dignes de l'intérêt des observateurs.

---

5. *Nouvelles recherches sur les bruits des artères, et application de ces recherches à l'étude de plusieurs maladies;* par le docteur J. H. S. Beau, médecin des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Archives générales de Médecine, août 1845.)

Je viens confirmer et développer les idées que j'ai émises en 1838 (*Encycl.*, t. 67 (mars 1838); *Arch. gén. de Méd.*, p. 33) au sujet des *bruits artériels*. Ces idées, que je dois rappeler ici, peuvent se résumer en deux propositions principales qui sont les suivantes :

1° Les bruits des artères tiennent au frottement exagéré que

le sang exerce sur les parois artérielles quand ce liquide est en quantité trop considérable relativement à la capacité des artères.

2° Toutes les fois que, dans une maladie, on entend des bruits artériels qui ne peuvent pas s'expliquer par une lésion locale du vaisseau où siége le bruit, on doit en conclure qu'il y a dans cette maladie surabondance de la masse sanguine, ou *polyémie*.

Ces deux propositions, mais surtout la dernière, qui présentait la *chlorose* et l'*anémie* comme des polyémies, parurent paradoxales au dernier point, et l'on ne voulut d'abord ni admettre ni même comprendre les faits qui servaient d'appui aux idées précédentes.

Néanmoins, tout le monde ne fut pas unanime pour repousser les faits que j'avais signalés et les conséquences que j'en avais tirées ; et M. Duchassaing vient tout récemment de montrer que des congestions et même des hémorrhagies cérébrales s'observent chez des individus affectés de *chlorose* ou d'*hydrémie*, comme résultats de la surabondance de sang, qui est un des caractères de cette maladie.

Histoire des bruits artériels.

Cette histoire comprend une partie descriptive et une partie théorique.

I. *Partie descriptive.* — Elle embrasse l'étude des bruits artériels sous le rapport de la *forme*, du *siége* et du *rhythme*.

1° *Forme des bruits.* — La forme des bruits artériels présente de nombreuses variétés, qui sont à peu près les mêmes que celles des bruits du cœur. Ainsi, les artères peuvent donner un bruit bref instantané, qui apporte à l'oreille la sensation d'un véritable choc ; ce bruit ressemble tout à fait aux bruits *normaux* du cœur, et nous l'appellerons dès lors *bruit artériel normal*. D'autres fois les bruits artériels sont plus ou moins prolongés, et ils impliquent l'idée d'un frottement : ces bruits présentent les mêmes nuances que les bruits anormaux du cœur, et dès lors ils doivent s'appeler *bruits anormaux des artères*.

Il y a néanmoins une restriction assez importante à apporter dans la similitude que nous venons d'établir entre les bruits des artères et du cœur, et cette restriction porte sur ce que nous avons dit des bruits *normaux*. En effet, bien que les bruits normaux du cœur et des artères se ressemblent par leur forme et par la sensation de choc qu'ils donnent à l'oreille, ils diffèrent considérablement en ce point : c'est que les bruits normaux du cœur sont excessivement communs ; tandis que l'audition des bruits normaux artériels constitue un fait qui n'est pas très-

ordinaire. Je sais bien qu'on parle tous les jours des bruits normaux de l'aorte, des carotides, etc., comme d'une chose habituelle et unanimement convenue; mais si l'on veut mettre un peu de sévérité dans l'examen auquel on se livre à ce sujet, on verra que ces bruits, dont on place sans hésiter l'origine dans les artères, ne sont le plus souvent que le simple retentissement du premier bruit du cœur, qui peut s'entendre tantôt vis à vis de l'aorte, tantôt sur les carotides, etc., etc. On ne peut être positivement sûr de la réalité des bruits normaux des artères que lorsqu'on les perçoit sur des points où le retentissement des bruits du cœur ne peut pas arriver, comme sur les crurales, et surtout sur l'aorte dans les cas où l'affaissement de la paroi abdominale permet une auscultation facile de ce vaisseau. Eh bien! sur la crurale et sur l'aorte, il est très-rare de percevoir un véritable bruit normal, c'est-à-dire un bruit de choc analogue à ceux du cœur dans l'état sain. Ces troncs artériels présentent seulement une pulsation ou soulèvement qui est d'une intensité notable; mais fort rarement ce soulèvement s'accompagne d'un véritable bruit.

Il suit de là que les bruits artériels que nous appelons *normaux* à cause de leur ressemblance avec ceux qui existent dans le cœur à l'état sain, ne sont pas *normaux* pour la fréquence ou la règle, puisqu'ils constituent une sorte d'exception dans la pratique ordinaire. Il y a plus : c'est que ces bruits artériels dits normaux sont liés ordinairement (quand ils sont bien marqués) à des états pathologiques que nous ferons connaître plus tard, et qu'ils se rencontrent alors avec les bruits artériels anormaux ; de telle sorte que les artères qui en sont le siége simultané présentent tout à la fois un bruit de choc et un bruit de frottement.

La forme des bruits normaux artériels est toujours la même, et ne peut varier que par des degrés d'intensité ou d'éclat ; il n'en est pas de même des bruits anormaux. Les nuances nombreuses que présentent ces bruits ressemblent exactement à certains bruits connus dont ils ont emprunté le nom pour pouvoir être distingués les uns des autres. C'est ainsi que, parmi les bruits anormaux des artères, il y a des bruits de *souffle*, de *râpe*, de *diable*, de *mouche*, les *bruits musicaux*, etc., etc.

Ces différentes variétés des bruits anormaux ne sont pas aussi importantes qu'on la cru d'abord, et elles n'annoncent pas des différences marquées dans les états pathologiques qui les produisent, car nous verrons plus tard qu'elles dépendent toutes d'une même cause; seulement, comme l'intensité de la cause peut varier, les effets de cette cause, ou les bruits, doivent aussi

varier, et ces variations d'intensité sont traduites par les différentes formes de bruits que nous avons énumérés plus haut. C'est ainsi que les bruits *musicaux*, les bruits de *mouche*, doivent être considérés comme le degré le plus léger des bruits anormaux ; le degré d'intensité moyenne est marqué par les bruits de *souffle* : quant aux bruits de *rouet* et de *râpe*, ils indiquent que l'état pathologique qui détermine les bruits anormaux est porté à son maximum. Cette division des bruits anormaux par gradation d'intensité est démontrée journellement par l'observation attentive des différentes affections qui sont caractérisées par l'existence des bruits anormaux. Quand l'affection est à son début, on observe les bruits *musicaux*, les bruits de *mouche*, les bruits *sibilants ;* ensuite ces bruits passent à l'état de *souffle ;* puis, la maladie augmentant toujours, les bruits de souffle se transforment en bruit de *rouet* et de *râpe*. Enfin, quand l'affection suit une marche décroissante, les bruits de *souffle* reparaissent, pour revenir à l'état de bruits de *mouche*, de bruits *sibilants*, etc., quand la maladie est sur le point de se terminer. D'autres fois toutes ces variétés de bruits se transforment, changent d'un moment à l'autre, sous l'influence de circonstances éphémères que nous ferons connaître plus tard.

Il y a un phénomène qui accompagne ordinairement les bruits anormaux : c'est une vibration, un véritable frémissement que l'on perçoit en appliquant le doigt sur l'artère. Ce frémissement tactile est très-marqué dans les bruits anormaux de grande intensité (ceux de *râpe*, de *rouet*) ; il l'est moins dans les simples bruits de *souffle*, et il existe à peine dans les bruits *sibilants*, *musicaux*, etc. Toutes les fois que le frémissement vibratoire existe, on peut être sûr que l'artère qui en est le siége fournit un bruit marqué à l'auscultation.

2° *Siége des bruits artériels.* — Sous le rapport du siége, on doit distinguer les bruits artériels en bruits locaux et en bruits généraux. Nous appellerons *locaux* les bruits artériels qui ne s'entendent que dans un point très-limité du système artériel, et qui y sont le résultat d'une affection circonscrite. C'est ainsi que les bruits déterminés par les tumeurs anévrysmales, les varices anévrysmales, les tumeurs érectiles, les tumeurs de toute sorte qui compriment les tubes artériels, tous ces bruits, dis-je, sont des bruits locaux. Les bruits *généraux* peuvent s'entendre dans plusieurs points du système artériel, et résultent alors d'une affection générale de ce système. Nous donnerons en son lieu l'énumération des différentes maladies caractérisées par la présence des bruits généraux.

Je dois annoncer ici que l'étude des bruits généraux est l'objet principal de ce travail : les bruits locaux n'ont qu'une importance secondaire, et ne peuvent plus être mis sur la même ligne que les précédents ; c'est ce qui ressortira facilement de la série des recherches que je vais exposer. Je dirai aussi que les bruits artériels généraux, qui peuvent être, comme nous l'avons dit, *normaux* ou *anormaux*, ne m'occuperont pas également à ce double titre, car les anormaux (bruits de frottement) exigent des considérations plus nombreuses et plus approfondies que les bruits normaux (bruits de choc). Je porterai donc mes investigations principales sur les bruits *généraux* et *anormaux* des artères, et ce sera d'eux seuls qu'il s'agira quand je ne spécifierai pas d'une manière positive que je veux parler des autres.

J'ai dit que les bruits artériels généraux, ou, si l'on aime mieux, les bruits liés aux affections générales du système artériel, pouvaient s'entendre sur plusieurs troncs artériels ; mais on aurait tort de croire que les choses se passent toujours ainsi. Souvent les bruits produits par une maladie générale du système artériel ne s'entendent que sur une seule artère, et cette artère est ordinairement la même dans tous les cas où le bruit est ainsi limité à un siége unique : c'est la carotide. Il faut ajouter que ces bruits généraux coïncident très-souvent avec un bruit anormal au premier temps du cœur.

3° *Rhythme.* — Les bruits artériels diffèrent par des rhythmes qu'il est très-important de connaître. Ces différences de rhythmes sont au nombre de quatre : 1° Le bruit revient à chaque dilatation artérielle, et ne s'entend qu'une fois dans chaque révolution du cœur : c'est le bruit *intermittent simple.* 2° Le bruit artériel peut revenir deux fois dans chaque révolution du cœur. Il coïncide avec le pouls pour la première fois, et, dans la seconde fois, il arrive un moment après ; mais entre chacun des deux bruits il y a un temps d'arrêt irréfragable. Ordinairement le premier des deux bruits, celui qui coïncide avec le pouls, est plus fort que celui qui survient après. Ce double bruit s'appellera tout naturellement *bruit intermittent double.* 3° D'autres fois le bruit artériel n'est plus intermittent ; mais il s'entend pendant toute la durée des révolutions du cœur, sans s'arrêter jamais dans l'intervalle de ces révolutions, et sans présenter de temps à autres des renforcements ou des diminutions : c'est le bruit *artériel continu ;* 4° enfin, le bruit, bien que se faisant entendre d'une manière continue, présente un redoublement ou un renforcement qui revient d'une manière intermittente à chaque manifestation du pouls : c'est le bruit *continu avec redoublement* (bruit de diable de M. Bouillaud).

Nous devons maintenant indiquer les rapports des quatre variétés de rhythme avec les différentes circonstances de forme et de siége des bruits artériels.

Les bruits normaux (de choc) n'ont presque jamais d'autre rhythme que l'*intermittent simple*; tandis que les bruits anormaux (de frottement) présentent les quatre espèces de rhythme que nous avons précédemment distinguées. Les bruits anormaux dépendant d'affections générales du système artériel se montrent également avec les quatre espèces de rhythme précédent. Toutefois, dans certaines affections où sur le même sujet plusieurs artères sont le siége de bruits anormaux, on remarque que les artères voisines du cœur sont le plus ordinairement affectées de l'une des trois dernières espèces de rhythme, tandis que les artères éloignées ne font entendre que le premier rhythme (l'*intermittent simple*). Les bruits anormaux liés à des affections locales affectent particulièrement le rhythme *intermittent simple ;* mais quelquefois ils se montrent dans ces mêmes affections avec le rhythme *intermittent double*, ou avec le rhythme *continu avec redoublement*. C'est ainsi que l'on rapporte des observations de tumeur anevrysmale de l'aorte dans lesquelles cette tumeur était le siége de deux *bruits de souffle* : l'un coïncidant avec le premier temps du cœur, l'autre coïncidant avec le second. Je citerai encore à ce sujet le docteur Thurnam, qui, dans un mémoire très-important sur l'*anévrysme variqueux* (*Encycl.*, t. 107, juillet 1841, p. 45), nous apprend, dans le résumé des signes physiques de cette maladie, qu'elle présente « un bruit de scie ou de souffle superficiel, rude, intense, perçu au niveau de l'ouverture anévrysmale et dans la direction du courant sanguin, bruit qui est continu, mais plus fort pendant la systole, moins intense dans la diastole, et encore moins pendant le grand silence. » Si l'on s'en rapportait uniquement à l'observation du docteur Thurnam, on devrait regarder le rhythme *continu avec redoublement* comme constant dans l'anévrysme variqueux ; mais il est bien important de remarquer que l'observation du médecin anglais porte exclusivement sur des cas d'anévrysme variqueux des gros troncs vasculaires du thorax ou de l'abdomen. Or, le fait du rhythme *continu avec redoublement*, qui est vrai pour les anévrysmes des gros vaisseaux, ne se rencontre plus qu'exceptionnellement dans les cas d'anévrysmes variqueux des petits vaisseaux des membres, comme par exemple dans ceux qui s'observent au bras après les saignées mal faites. Nous reviendrons sur ces faits intéressants quand nous traiterons de la théorie des bruits artériels ; mais avant d'en venir là, nous devons signaler toutes les circonstances qui prési-

dent à la manifestation des bruits anormaux, et celles qui peuvent momentanément augmenter les bruits, les diminuer, et même les faire disparaître.

La première condition nécessaire à la manifestation des bruits artériels est que les artères soient voisines du centre circulatoire. Quand les bruits s'entendent dans plusieurs artères à la fois, ils sont beaucoup plus intenses sur celles du cou, du tronc, que sur celles des membres; et quand les bruits, bien que liés à une affection générale, ne s'entendent que sur une artère, ce n'est jamais sur une artère placée à la périphérie.

La seconde condition nécessaire à l'audition des bruits artériels est que les artères soient superficielles, comme la carotide, la crurale, la sous-clavière, la brachiale, ou l'aorte, si la paroi abdominale est suffisamment rétractée. Dans certains cas, des artères profondément situées, comme l'iliaque, peuvent produire des bruits; mais alors l'artère est sous-jacente à une tumeur qui, faisant l'office de stéthoscope, établit une série continue de vibrations entre le vaisseau et l'oreille.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que la carotide, qui, de toutes les artères superficielles, est celle qui est la plus rapprochée du cœur, est celle qui doit être le siége ordinaire des bruits anormaux. Aussi est-ce cette artère sur laquelle portent les premières investigations lorsqu'il s'agit d'étudier une affection du système circulatoire caractérisée par la présence des bruits artériels. Quant au procédé à suivre pour pratiquer l'auscultation de ce vaisseau, on sait que le stéthoscope doit être appliqué sur le point d'écartement des deux faisceaux inférieurs du muscle sterno-mastoïdien; et il faut préalablement que le menton du sujet soit porté tout à la fois en haut et du côté opposé à celui que l'on ausculte, de telle sorte qu'il en résulte une tension suffisante de toutes les parties molles de la région sus-claviculaire que l'on examine. Les choses étant ainsi disposées, il faut exercer avec le stéthoscope une pression qui varie souvent beaucoup. On est quelquefois obligé d'appuyer médiocrement sur cet instrument, quand les bruits sont profonds ou obscurs. Si au contraire ils sont très-intenses, pour ainsi dire superficiels, il suffit *d'apposer* simplement le stéthoscope sur la région cervicale; car la moindre compression que subit alors l'artère suffit pour faire disparaître les bruits.

Puisque l'étude des bruits artériels repose presque tout entière sur l'auscultation de la carotide, nous devons exposer toutes les circonstances qui sont particulières à ce vaisseau, et qui exercent une influence reconnue sur les bruits carotidiens. Nous pouvons

dire d'avance que cette première série de circonstances produit une modification des bruits, en opérant un changement dans la position plus ou moins superficielle des artères carotides.

La première circonstance à indiquer tient au côté du cou sur lequel on examine les bruits carotidiens. C'est ainsi qu'ordinairement les deux artères carotides ne sont pas l'une et l'autre le siége de bruits également intenses. La carotide droite est ordinairement celle des deux artères qui donne lieu aux bruits les plus marqués; et souvent même on entend des bruits très-forts à droite, sans qu'il soit possible d'en percevoir sur la carotide gauche. Cette différence dans la manifestation des bruits carotidiens tient surtout à une différence de profondeur dans la position des deux carotides. Il est facile, en effet, de s'assurer sur le cadavre de ce fait anatomique: c'est que l'artère carotide droite occupe une position bien plus superficielle que la gauche; et il est également facile de voir que la carotide droite doit cette position superficielle à ce qu'elle tire son origine du tronc innominé qui est lui-même situé bien plus antérieurement que la crosse de l'aorte d'où part la carotide du côté gauche. Les deux artères carotides sont situées, comme l'on sait, de chaque côté du larynx, dans un angle profond qui renferme aussi la veine jugulaire interne, le nerf pneumogastrique et le nerf grand sympathique; mais chacune des deux artères n'occupe pas invariablement la même place dans cet espace angulaire. Ainsi quelquefois une carotide est superficielle et tout à fait sous-jacente au muscle sterno-mastoïdien: telle est la situation ordinaire de la carotide droite. D'autres fois la carotide est placée tout à fait dans le fond de l'angle précité, et alors elle est pour ainsi dire resserrée entre la colonne vertébrale et la partie la plus postérieure de la face latérale du larynx. Dans cette dernière disposition, qui affecte surtout la carotide gauche, il est impossible d'aller chercher avec le stéthoscope les vibrations de l'artère, même en appuyant fortement l'instrument, parce qu'alors le pavillon du stéthoscope, arrêté d'un côté par le larynx, et, de l'autre, par la colonne vertébrale, ne peut pas pénétrer jusqu'au fond de l'angle où la carotide se trouve cachée, et dès lors ne peut pas se mettre en rapport médiat avec elle.

Mais, dira-t-on, on rencontre des individus chez lesquels c'est l'artère carotide gauche qui est au contraire le siége principal ou unique des bruits. C'est que, chez ces individus, et par suite d'une de ces anomalies assez ordinaires dans le système vasculaire, la carotide gauche se trouve exceptionnellement placée dans une position plus superficielle que la carotide droite. Au reste, veut-on

connaître un fait qui confirme la raison précédente, et qui en même temps permet d'indiquer d'avance le côté sur lequel les bruits s'entendront le mieux : c'est l'examen des pulsations carotidiennes de l'un et l'autre côté. Si ces pulsations sont plus marquées, plus superficielles à droite, les bruits y seront eux-mêmes plus intenses ; si, au contraire, et par exception, elles se montrent surtout à gauche, la carotide gauche sera, dans ce cas, le siége principal ou unique des bruits. Il suit de là que lorsqu'un individu présente des bruits plus marqués d'un côté que de l'autre, c'est toujours le même côté qui est le siége principal des bruits carotidiens ; ce siége ne peut pas plus varier que la position superficielle du vaisseau qui favorise la manifestation des bruits. C'est ce qu'il est facile de voir sur une personne sujette à ces récidives si communes dans quelques-unes des affections qui donnent lieu à la production des bruits artériels. Le siége de plus grande intensité des bruits carotidiens ne change donc pas d'une maladie à l'autre chez le même individu ; bien moins change-t-il dans le cours de la même maladie. Mais poursuivons l'exposition des autres circonstances qui changent la position des carotides et qui modifient l'intensité des bruits.

Si pendant que le stéthoscope est appliqué, comme nous l'avons dit, sur la partie inférieure et latérale de la région cervicale, et qu'il transmet à l'oreille des bruits de la carotide ; si, dis-je, dans cette position du stéthoscope, on exerce au-dessus de lui avec le doigt une notable pression sur la carotide, de manière à refouler ce vaisseau dans l'angle profond qui longe le côté du larynx, tout bruit anormal cesse à l'instant même d'être perçu. Si la pression est légère et portée seulement au point de produire une dépression d'un centimètre, les bruits éprouvent une diminution qui varie suivant le rhythme du bruit. En effet, le bruit est-il *intermittent simple* ou *continu simple*, il subit une diminution notable dans son intensité, ou même disparaît. Est-il *intermittent double*, le plus faible des deux bruits qui caractérisent ce rhythme, c'est-à-dire le dernier, peut disparaître complètement, tandis que le premier diminue d'une manière notable. Enfin, si le bruit est *continu avec redoublement*, on note un changement qui n'est pas moins singulier. Ce bruit disparaît aussitôt, à part toutefois la partie la plus intense, c'est-à-dire celle qui fait le redoublement ; et encore le bruit, réduit pour ainsi dire à ce fragment, a-t-il une intensité beaucoup moindre que pendant l'existence de la continuité. Est-il nécessaire d'ajouter que les mêmes résultats s'observent si, au lieu de presser l'artère carotide avec le doigt au-dessus du stéthoscope, on se sert de cet instru-

ment pour exercer une compression équivalente à celle du doigt?

Nous venons de voir qu'une pression exercée sur la carotide au-dessus du lieu couvert par le stéthoscope diminue ou fait disparaître les bruits selon l'intensité de la pression. Nous allons voir maintenant qu'une pression exercée dans un sens différent peut au contraire renforcer les bruits, et même manifester d'emblée des bruits qui n'existaient pas avant cette manœuvre, et qui cessent ensuite avec elle. Pour bien concevoir le résultat de cette seconde expérience que j'ai instituée et répétée souvent, il faut revenir sur la disposition anatomique que j'ai déjà rappelée plus haut; je veux parler de cet espace angulaire qui loge les deux artères carotides.

Nous avons dit que l'artère carotide pouvait être tellement cachée dans le fond de cet angle, qu'il était impossible d'arriver jusqu'à elle avec le stéthoscope. Dans ce cas, le seul parti qu'il y ait à prendre est de chercher à dégager l'artère de l'angle profond dans lequel elle est cachée, et à la ramener pour ainsi dire à la rencontre du stéthoscope. Or, on obtient *souvent* ce but de la manière suivante : on enfonce le doigt indicateur au-devant de l'insertion du faisceau antérieur du muscle sterno-mastoïdien, dans cette espèce de fossette qui s'observe au-dessus de la ligne médiane du sternum, et ensuite on ramène les parties profondes contre le pavillon du stéthoscope qui a été préalablement appliqué à l'endroit ordinaire. On réussit souvent ainsi à comprendre l'artère carotide dans le mouvement de diduction que l'on a opéré sur les parties profondes de la région cervicale, et par conséquent à rapprocher ce vaisseau du stéthoscope. Or, quand ce résultat est obtenu réellement, on le reconnaît à l'existence de pulsations plus visibles et plus superficielles; on le reconnaît surtout à l'existence de bruits nouveaux, ou au renforcement de ceux qui existaient déjà. Il arrive alors que certains bruits qui sont renforcés éprouvent souvent une modification inverse de celle que nous avons indiquée quand la pression se fait de dehors en dedans contre le larynx. C'est ainsi que des bruits *intermittents simples* passent au rhythme *intermittent double* ou *continu avec redoublement*; et cela se fait ainsi, parce que la position superficielle de l'artère vibrante, dont les pulsations sont alors plus visibles, permet de saisir la totalité des bruits, même ceux qui ont le moins d'intensité. Mais j'insiste sur ce point : c'est qu'on ne réussit pas toujours. L'artère est souvent trop profondément située pour pouvoir être ramenée sous le stéthoscope; et d'ailleurs on agit à l'aveugle pour opérer sa diduction. Il faut ici, comme en beaucoup d'autres questions

que nous examinerons, être prêt à faire une large part aux anomalies si fréquentes dans le système artériel.

Cette manœuvre doit se pratiquer sur celui des deux côtés où les bruits sont nuls ou peu marqués. Veut-on au contraire l'employer sur une carotide superficielle qui donne lieu à des bruits intenses, ce vaisseau, comprimé entre le doigt d'un côté, et le stéthoscope de l'autre, cesse alors subitement de produire des bruits, ou n'en produit que de très-faibles, de la même manière que cela s'observe quand, ainsi que nous l'avons dit, on appuie trop le stéthoscope sur l'artère.

Il y a une manière de faire diminuer et disparaître les bruits artériels, qui a été indiquée par M. Donné : c'est d'exercer sur le larynx une traction qui l'éloigne du stéthoscope. M. Donné pense que la disparition des bruits tient alors à ce que l'artère carotide, qui est restée à sa place ordinaire, se trouve privée du contact du larynx qui lui servait de table d'harmonie. Je pense que la compréhension de ce fait rentre dans les cas précédents, c'est-à-dire que la disparition des bruits tient à ce que l'artère carotide a subi, conjointement avec le larynx, un déplacement qui a mis l'artère hors de la sphère d'action du stéthoscope. En effet, il est impossible d'exercer une traction latérale sur le larynx sans que cette traction s'étende aux branches que lui fournissent les vaisseaux du cou ; et il est impossible dès lors d'empêcher la carotide de suivre le mouvement de traction que subit le larynx. Au reste, veut-on une autre preuve qui achèvera de démontrer la vérité du mode d'action que nous soutenons ici : c'est d'examiner, avant et après la traction du larynx, les battements artériels dont l'intensité est pour ainsi dire la mesure de la position plus ou moins superficielle de la carotide. On verra alors, à n'en pas douter, que les pulsations artérielles diminueront d'intensité à mesure que le larynx sera porté du côté opposé à celui où l'on pratique leur examen.

Le même observateur a fait connaître une autre circonstance qui fait disparaître les bruits artériels : c'est l'effort. Si, en effet, pendant qu'on pratique l'auscultation des carotides, on recommande de faire un effort à la personne qu'on examine, on suspend par là même l'existence des bruits pendant tout le temps que dure la contraction violente qui caractérise l'effort. La raison de ce fait, qu'on n'a pas encore donnée, ne diffère pas de celle des faits précédents ; elle se trouve toujours dans la position moins superficielle de la carotide, rendue telle par suite de l'acte auquel s'est soumise la personne auscultée. En effet, quel est le résultat caractéristique et constant de cette espèce de contraction expira-

toire qu'on appelle l'*effort*? c'est le gonflement considérable des veines du cou et des membres, et ce gonflement est dû au reflux du sang, qui est chassé des grosses veines du tronc par suite de la contraction puissante de tous les muscles expirateurs. La veine jugulaire interne doit donc se gonfler outre mesure avec les autres veines du cou et des membres; et comme cette veine est située en dehors et un peu au-devant de l'artère carotide, il s'ensuit tout naturellement que sa distension ne peut pas s'opérer sans que l'artère carotide soit déplacée en dedans, et refoulée jusque dans la partie la plus profonde de l'espace angulaire qui longe le larynx. Qu'y a-t-il alors d'étonnant à ce que l'artère carodite, qui cesse d'être en rapport avec le stéthoscope, cesse par là même de lui transmettre les vibrations dont elle est le siége?

Si au lieu de faire exécuter un effort complet à la personne que l'on examine, on lui recommande de mettre moins de force dans la contraction musculaire qui produit cet acte, de manière à faire ce qu'on pourrait appeler un demi-effort, il n'y a pas suspension absolue des bruits carotidens. Ceux-ci subissent seulement une diminution qui, comme nous l'avons déjà indiqué à l'occasion de la pression exercée sur la région cervicale, suffit pour donner aux bruits des rhythmes différents: c'est ainsi que des bruits *continus avec redoublement* perdent leur continuité pour passer à l'état de bruits *intermittents simples*, etc... Mais ce résultat, non plus que celui qui est déterminé par l'effort complet, ne se montre pas invariablement chez tous les sujets, parce que chez tous les sujets la position de la veine jugulaire par rapport à la carotide n'est pas toujours tellement semblable que la distension de la veine doive nécessairement déplacer l'artère en dedans ou en arrière.

Hope a signalé une circonstance qui influence les bruits artériels par un mécanisme semblable à celui des faits précédents: c'est le mouvement alternatif d'inspiration et d'expiration. On remarque chez beaucoup de personnes affectées des bruits carotidiens, que ces bruits sont beaucoup plus pleins, plus intenses à l'inspiration, et surtout à la fin de l'inspiration que pendant l'expiration. Or, il faut ici se rappeler: 1° que les veines sont vides et applaties à la fin de l'inspiration par suite de l'aspiration que le mouvement inspiratoire exerce sur le sang veineux; 2° que les veines, au contraire, se gonflent médiocrement dans l'expiration, soit par l'absence d'aspiration du sang veineux, soit par un reflux que l'expiration la plus légère suffit pour déterminer dans les veines.

Par conséquent, la veine jugulaire doit comme les autres veines

participer à ces mouvements alternatifs de retrait ou de plénitude pendant l'expiration et l'inspiration, et, par conséquent encore, si, chez un individu qui présente des bruits artériels, la veine jugulaire se trouve précisément placée entre le stéthoscope et la carotide, la différence de plénitude et de vacuité de cette veine pendant les deux temps de la respiration amènera nécessairement une différence dans le transport des vibrations de l'artère au stéthoscope et à l'oreille.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la position du malade pendant l'auscultation des carotides qui n'influe sur les bruits en changeant l'état de réplétion des veines jugulaires. C'est ainsi que les bruits carotidiens s'entendent beaucoup mieux quand le malade est debout, ou sur son séant, que lorsqu'il est couché. Si, comme M. Vernois l'a observé, la tête est dans une position déclive par rapport au tronc, les bruits disparaissent souvent d'une manière complète. Cela doit être ainsi, parce que les veines jugulaires, qui sont presque vides quand la tête est élevée, sont médiocrement pleines dans la position horizontale, et deviennent distendues à l'excès quand la tête est dans une position déclive.

(La suite à un prochain numéro.)

---

6. *Des perforations intestinales dues à une cause pathologique, et des péritonites, soit générales, soit partielles, auxquelles elles donnent lieu;* par A. Toulmouche, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 41.)

Les perforations intestinales sont, dans la majorité des cas, dues à une cause pathologique. Celle-ci consiste ordinairement en des ulcérations qui, après avoir détruit les tuniques muqueuse et musculeuse, finissent par perforer l'enveloppe péritonéale.

Ces perforations peuvent être la suite : 1° d'ulcères survenant durant la phthisie pulmonaire : ce sont les plus communes; 2° d'ulcérations succédant à la dyssenterie; 3° d'érosions profondes succédant à la phlegmasie ulcérative des glandes de Peyer, dans la fièvre typhoïde et la dothinentérie; 4° et enfin de destructions qui sont le résultat d'une affection cancéreuse.

Ces perforations, lorsqu'elles s'effectuent, donnent lieu à deux ordres d'accidents : ou à une péritonite partielle, ou à une phlegmasie générale de la même membrane séreuse. Dans le premier cas, la mort n'en est pas le résultat; dans le second, l'inverse a

lieu le plus souvent, l'inflammation étant d'autant plus meurtrière qu'elle s'étend à une plus grande étendue de surface ou à la totalité de celle-ci.

Lorsque la phlegmasie du péritoine est limitée, voici comment les choses se passent : la petite portion d'enveloppe séreuse de l'intestin qui correspond aux points ulcérés de ses tuniques muqueuse et musculeuse, et même du tissu cellulaire sous-péritonéal, s'enflamme par contiguité, et le résultat est une exsudation albumino-puriforme qui ne tarde pas à devenir le moyen d'adhérence avec la portion de péritoine appartenant à l'organe le plus voisin en contact avec elle, probablement en y suscitant une phlegmasie et un produit morbide analogues qui servent alors d'agents protecteurs destinés à prévenir l'épanchement d'humidités ou de gaz stercoraux dans le reste de la cavité du péritoine.

Si, dans un grand nombre de cas, le but conservateur de la nature est accompli, il n'en est pas de même dans d'autres. En effet, l'ulcération intestinale, continuant à s'agrandir en largeur, dépasse les limites de ces adhérences, et après avoir perforé au delà de celles-ci toute l'épaisseur des parois de l'intestin, elle donne lieu secondairement à un épanchement de matières ou de gaz qui détermine une péritonite le plus souvent mortelle.

Tantôt ces adhérences s'établissent entre l'intestin ulcéré et un point des parois abdominales (obs. 1, 2, 4) ou de l'excavation du bassin (obs. 7); tantôt entre le même et des circonvolutions des intestins voisins (obs. 1, 2, 3, 4, 7) ; ou entre lui et les organes voisins, tels que la vessie (obs. 3, 4), l'estomac (obs. 7), le foie et le mésentère (obs. 8), le grand épiploon (obs. 5), les ovaires, l'utérus et le rectum (obs. 9).

Alors, ou l'organe, dans ce cas, sert de paroi ou d'obturateur à l'ulcération (obs. 1, 2, 3, 4, 6, 7), ou il est envahi dans le point en contact par l'ulcère lui-même, perforé, et de la sorte il s'établit entre les deux parties une communication insolite (obs. 6, 8) ; tantôt inutile (obs. 6, 7) ; tantôt en quelque sorte supplémentaire et seule capable de sauver l'existence ou de parer à un danger réel, comme l'obs. 8 en offre un exemple, et comme la nature avait tenté de le faire dans la maladie de Talma, laquelle, comme l'on sait, consistait en un rétrécissement presque complet du rectum, à 6 pouces de hauteur. En effet, elle avait commencé à établir des adhérences entre un point de l'S iliaque du colon, occupant toute la cavité du bassin, et la partie du rectum située au-dessous du rétrécissement, et au centre de cette adhérence existait un commencement d'ulcé-

ration de cet intestin qui aurait fini par rétablir la continuité du canal intestinal interrompue par le rétrécissement, tandis qu'une ouverture autre avait livré passage aux matières fécales qui s'étaient épanchées dans la cavité péritonéale.

Lorsqu'au contraire la perforation de l'intestin surprend en quelque sorte l'organisme, l'issue à travers l'ouverture qui est résultée de la destruction érosive de ces parois, de gaz ou de matières fécales plus ou moins liquides dans la cavité du péritoine, y développe une vaste inflammation qui se termine en peu de jours par la mort, ou qui donne lieu, dans les cas les plus rares, à des adhérences générales des circonvolutions intestinales, l'épanchement étant alors résorbé peu à peu ou ayant été primitivement peu considérable (obs. 3, 6). Seulement il arrive que les malades succombent plus tard aux progrès des ulcérations intestinales et à la diarrhée, ou à de nouvelles perforations se faisant dans d'autres points et donnant lieu à une seconde péritonite.

Cette terminaison par la mort est d'autant plus facile que la phlegmasie du péritoine, survenant le plus souvent vers la fin de longues maladies (phthisie pulmonaire, épanchements pleurétiques, œdème ou emphysème des poumons, anévrysmes du cœur, ulcérations intestinales), trouve les sujets profondément débilités par la durée de ces lésions et dans l'impossibilité de résister.

Signes. Si le diagnostic des maladies était toujours aussi clair que les données fournies par l'anatomie pathologique sembleraient devoir le faire préjuger, la science, pour certaines classes d'entre elles, laisserait peu à désirer. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et souvent les lésions organiques les plus graves ne se décèlent pendant la vie que par des symptômes très-obscurs ou tout à fait négatifs, et ne sont même pas soupçonnées, mais seulement reconnues à l'autopsie des cadavres.

L'affection morbide si grave dont je m'occupe est souvent dans ce cas. En effet, si l'on vient à résumer les phénomènes observés pendant la durée de la maladie dans les dix observations de perforations intestinales qui font l'objet de ce mémoire, on voit :

1° Que, dans le plus grand nombre des cas de péritonites partielles, les symptômes ont été tantôt nuls (obs. 1, 2, 3, 6, 7, 8), tantôt ceux des ulcérations intestinales chroniques. Ainsi, coliques, diarrhée, sécheresse et état terreux de la peau, fièvre, perte de l'appétit, facies caractéristique des phlegmasies chroniques abdominales (obs. 1, 3, 4, 9), parfois ceux d'une gastro-entérite chronique avec ulcérations (obs. 2, 3, 6, 7), ou

ceux d'une gastrite (obs. 2, 7), tantôt enfin ceux de la dernière période de la phthisie pulmonaire à marche aiguë (obs. 4).

2° Que, dans ceux de péritonite générale, les symptômes ont été la tranchée : ainsi, rougeur vive du visage, douleurs de ventre, vomissements, fièvre, délire (obs. 5, 6); ici, ceux d'une gastro-entérite chronique : rougeur de la langue, douleur épigastrique, visage grippé, météorisme, sécheresse de la peau, fièvre, dévoiement continuel, anorexie (obs. 6, 8); tantôt enfin nuls (obs. 4).

Il faut donc reconnaître, d'après ce qui précède, qu'il n'existe point de signe univoque ou caractéristique de la plupart des perforations intestinales succédant à des ulcérations, et que les deux seuls qui pourraient mettre sur la voie seraient la considération de l'existence d'une diarrhée prolongée et la succession de l'ensemble des symptômes de la gastro-entérite s'accompagnant du facies propre aux affections morbides chroniques de l'abdomen. C'est, en effet, ce que j'ai observé dans les neuf dixièmes des péritonites à marche peu aiguë, ou devenues soit latentes, soit chroniques, qui ont succédé aux perforations d'un ou plusieurs points d'un intestin, et qui n'ont pas entraîné la mort. Ce fait clinique vient donc corroborer la justesse des mêmes résultats signalés par moi dans un mémoire sur la péritonite chronique. (Voir *Encycl.*, t. 121, septembre 1842, p. 448.)

D'où la conséquence que les signes indiqués par les auteurs ne sont applicables qu'aux cas les moins fréquents, c'est-à-dire aux perforations qui résultent d'une déchirure traumatique, d'une blessure de l'intestin, d'une rupture à la suite d'ulcérations succédant à la dothinentérite ou à la fièvre typhoïde, et nullement à ceux bien plus communs qui font le sujet de ce mémoire. Outre qu'en groupant d'une manière arbitraire des symptômes dont on ne trouve souvent qu'un ou deux seulement, ou même aucun, au lit des malades, ils ont fait de la sorte un tableau conventionnel qu'on est loin de retrouver à l'examen clinique.

Il faudra donc envisager encore pendant bien longtemps cette affection morbide ou cet accident comme l'un des plus difficiles à diagnostiquer et à reconnaître pendant la vie des individus, se tenir sur ses gardes dans tous les cas de diarrhées chroniques survenant pendant la durée de la phthisie pulmonaire ou à la suite de phlegmasies intestinales, et soupçonner une perforation, soit imminente, soit s'effectuant, toutes les fois que des symptômes aigus surviendront du côté de l'estomac ou du ventre. Dans l'état actuel de la science relatif à ce genre de lésion, c'est déjà éclairer

le diagnostic que d'en signaler la fréquence et la facilité avec laquelle on peut la méconnaître.

Quant à la thérapeutique de cette affection morbide, on conçoit que la gravité, l'action incessante de la cause qui y donne lieu, la destruction de parties qu'elle entraîne, la diarrhée colliquative et rapidement débilitante qu'elle provoque, et la coexistence, la plupart du temps, de la phthisie pulmonaire ou d'autres lésions aussi graves, doivent la rendre tout à fait négative et inutile.

C'est donc seulement à combattre la phlegmasie, tantôt limitée, tantôt générale, et alors beaucoup plus périlleuse, du péritoine, qui suit les perforations intestinales dues à des ulcérations, que doivent se borner les efforts de l'homme de l'art.

Ainsi, dans ces cas, il faudra prescrire, si les signes de péritonite sont négatifs (ce qui indique qu'elle est partielle ou limitée), le repos le plus absolu, des applications de sangsues sur les points douloureux du ventre, qu'on renouvellerait suivant l'état des forces du malade, les topiques émollients, la diète, le moins de boissons possible, afin de donner au travail d'adhérences, qui se fait au pourtour ou dans le voisinage des perforations, le temps de s'effectuer. Plus tard, on cherchera à diminuer la diarrhée, ou, ce qui revient au même, à seconder l'espèce de cicatrisation qu'essaie quelquefois la nature, par l'administration de boissons gommeuses, soit simples, soit chlorurées, de préparations opiatiques variées, et à soutenir les forces générales par un régime alimentaire convenable.

Si, au contraire, les symptômes indiquaient une péritonite générale plus ou moins aiguë, les médications devraient être plus énergiques. Il faudrait alors recourir d'abord à la saignée générale renouvelée suivant les indications, puis à celles locales, aux bains entiers prolongés, donnés avec certaines précautions, et que je préférerais de beaucoup aux onctions mercurielles sur le ventre, et enfin à la diète la plus sévère. Malheureusement, dans ces cas, eu égard à la cause de cette vaste phlegmasie, souvent ce traitement, tout rationnel qu'il est, n'a d'autre résultat, ce qui est bien triste, que de hâter la mort, ou au moins que de ne pas l'empêcher.

Vastes excavations tuberculeuses, celle du sommet du poumon gauche assez large pour contenir le poing; nombreuses ulcérations intestinales avec perforations et phlegmasies péritonéales, guéries par adhérences; fracture oblique du fémur droit non réduite; exubérance du col; mort.

Obs. I. — Berthault, âgée de 45 ans, était entrée à l'infir-

merie dans le mois de février 1839, pour un embarras gastrique, et durant celui de mars, pour une entérite.

Le 20 juin, elle y fut ramenée. Elle avait la diarrhée, des coliques depuis plusieurs jours. (Application de 8 sangsues à l'anus; tiers de lavement narcotique; solution de 2 grammes et demi de chlorure d'oxyde de sodium.) Diagnostic : entérite chronique.

Le 25. Le dévoiement persistait. (3 pilules composées avec 2 centigrammes et demi d'acétate de plomb et un centigramme d'extrait aqueux d'opium; décoction de sagou; diète.)

Le 30. Les pilules furent supprimées, elles n'avaient produit aucune amélioration : en effet, les évacuations à l'anus continuaient; la peau était sèche, terreuse; la fièvre hectique, la langue rouge et assez lisse. Je fis appliquer sur le ventre un emplâtre de poix de Bourgogne, saupoudré de cantharides.

Les jours suivants, je fis remplacer la décoction de sagou par l'eau chlorurée, à laquelle on ajouta 18 gouttes de laudanum.

Le 6 juillet. L'état de la malade était le même. Il était évident que la diarrhée était entretenue par de nombreuses ulcérations intestinales. Berthault était en outre pectoriloque. J'avais, par l'auscultation, reconnu l'existence de vastes excavations tuberculeuses au sommet des poumons, bien qu'elle toussât peu et que l'oppression fût à peu près nulle. Je voulus essayer le traitement des frères Mounard, bien qu'il n'ait été employé par eux en Afrique que dans la dyssenterie. On sait qu'il consiste en pilules composées avec calomel, 30 centigr.; ipécacuanha, 6 décigr.; et opium, 10 centig. pour 9. Je les fis administrer dans la journée.

Le lendemain, on n'en donna que six, puis quatre. Le 10 juillet, on en donna six, et la même dose les deux jours suivants; mais ce traitement n'eut aucun résultat.

Le 16. La diarrhée persistait, la maigreur augmentait, la fièvre était hectique. Je prescrivis 4 grammes de thériaque jusqu'au 24, un julep narcotique et de l'eau de riz.

Le 25. L'état était le même. (Demi-quart de lait; deux pilules de 5 centigr. d'extrait gommeux d'opium; même tisane.)

Le 28. Je fis appliquer de nouveau sur le ventre un large emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré de cantharides.

Le 2 août. La langue était rouge, lisse, sèche, la peau terreuse, le facies depuis longtemps celui des phlegmasies chroniques intestinales. (Même régime; œufs; deux pilules composées avec de l'acétate de plomb et de l'opium.)

Le 4. La fièvre était la même, ainsi que les coliques. (Apposition de 4 sangsues à l'anus.)

Le 8. Je fis recouvrir tout l'abdomen d'un large emplâtre de poix de Bourgogne simple.

Le 13. L'amaigrissement était encore plus prononcé. La malade toussait peu, était triste, parlait d'une mort prochaine. La diarrhée persistait. (Eau de riz; gomme légèrement chlorurée; 7 centigr. et demi d'opium en pilules.)

Le 19. La fièvre était la même, ainsi que la rougeur du visage, la langue sèche. Il y avait de l'oppression et un sentiment d'étouffement. (Sinapismes aux extrémités inférieures; limonade.)

Le 24. La soif était très-vive, le dévoiement persistait; le ventre n'était aucunement météorisé, il était au contraire rétracté et nullement douloureux; le pouls filiforme, l'affaissement extrême et la voix très-faible. (Décoction blanche.)

Les jours suivants, la maigreur était effrayante. Berthault n'avait plus que le souffle; elle s'éteignit en effet le 30 août.

Autopsie cadavérique faite vingt-quatre heures après la mort.

Etat extérieur. La peau était sèche, rugueuse et collée aux os. Le membre abdominal, de 11 centimètres plus court que l'autre, et dont la pointe du pied était portée en dehors, présentait un raccourcissement qui dépendait d'une fracture oblique du corps du fémur, située à 5 centimètres et demi à peu près au-dessous du gros trochanter. Les deux fragments avaient fortement chevauché l'un sur l'autre, et il s'était formé entre eux un cal très-volumineux et très-irrégulier.

Crâne. La tête ne fut pas ouverte, aucun symptôme cérébral n'ayant eu lieu.

Thorax. Le poumon droit était assez fortement adhérent aux parois thoraciques, surtout à son sommet, qui, creusé de cavernes, se déchira et y laissa une sorte de capuchon ou coque, lorsqu'on l'enleva. Tout son lobe supérieur était envahi par deux vastes excavations au tiers pleines de matière tuberculeuse ramollie, à parois inégales tapissées par cette dernière. On en rencontrait encore plusieurs autres, mais beaucoup plus petites. Le lobe moyen adhérait intimement au précédent. Il était infiltré de masses de tubercules. L'inférieur en renfermait également quelques-uns. Son tissu était rouge, engoué.

Le poumon gauche présentait également des adhérences. Son lobe supérieur ne formait plus qu'une vaste poche assez flasque. En effet, il était creusé d'une caverne tellement grande qu'on aurait pu y loger presque le poing. Elle contenait encore un peu de matière tuberculeuse liquide, rougeâtre. Ses parois étaient

anfractueuses, et çà et là constituées par des espèces d'entreponts formés par un tissu gris-noirâtre, induré. Plusieurs gros tuyaux bronchiques dilatés y aboutissaient, offraient un orifice coupé net, à circonférence mousse.

La paroi inférieure de cette vaste excavation était creusée dans le tissu pulmonaire induré de la base du lobe supérieur, tandis que le reste n'était entouré que d'une lame noirâtre du même parenchyme et de la plèvre elle-même, revêtue d'une couche d'albumine organisée.

Le lobe inférieur était engoué de sérosité sanguinolente, spumeuse, qui en ruisselait abondamment à la section et à la pression.

La muqueuse des tuyaux bronchiques était rouge et tapissée par un mucus puriforme rougeâtre abondant.

La cavité du péricarde renfermait à peine 4 grammes de sérosité ; le cœur était peu volumineux et dans l'état normal.

Abdomen. Sa cavité était sèche ; le paquet des intestins grêles avait contracté des adhérences avec la portion droite de la paroi antérieure de l'excavation du petit bassin, par suite d'ulcérations intestinales qui avaient çà et là perforé ou enflammé par leur contiguité la tunique péritonéale, et établi de la sorte, à l'aide d'une inflammation adhésive, des adhérences propres à s'opposer à l'épanchement des matières fécales. La même chose se remarquait entre les circonvolutions intestinales elles-mêmes, entre lesquelles existaient des perforations de forme ronde plus ou moins grandes, autour desquelles s'était organisé un tissu cellulaire de protection.

L'estomac était petit, vide ; sa muqueuse pâle et fanée. Il en était de même de celle du duodénum. Le jéjunum contenait des matières d'un jaune-blanchâtre. Sa muqueuse était épaisse et injectée finement par endroits. On y remarquait çà et là des ulcérations de forme à peu près ronde, à bords découpés, tomenteux, d'un rouge vif, et à fond formé par la tunique musculeuse épaissie. Dans l'iléon, elles se multipliaient, envahissaient transversalement toute la largeur de l'intestin. Leur surface était inégale, constituée par des débris de muqueuse rougeâtres, indurés ; tandis que dans les intervalles leur fond était gris-bleuâtre ou rougeâtre, tantôt formé de portions de la tunique musculeuse indurée blanchâtres, tantôt par le péritoine lui-même ramolli, d'aspect noirâtre, ou même perforé dans plusieurs endroits. Telle de ces ulcérations avait 4 centimètres de largeur et avait envahi toute la circonférence de l'intestin.

En approchant du cœcum, on n'apercevait, dans une étendue

de plus de 8 centimètres, qu'un vaste cloaque, avec destruction de la valvule ileo-cœcale à surface rugueuse. Dans tous les points ulcérés, un mucus jaunâtre ou brun puriforme tapissait leur surface.

L'intérieur du cœcum offrait çà et là des ulcérations rondes, à fond légèrement rougeâtre, à bords mousses et petits. Le reste de la muqueuse était d'une couleur rosée ou rouge par endroits. L'intestin colon était très-contracté et ses parois épaissies. Sa muqueuse, plus rouge que de coutume, était érodée de distance en distance par les mêmes ulcérations. L'une d'elles, vers le milieu de l'arc transverse, en envahissait tout le pourtour dans une largeur d'environ 8 centimètres,et présentait une surface rugueuse, formée de débris de la muqueuse, rouges, comme tomateux, faisant autant de saillies arrondies. On retrouvait, dans la portion descendante du même intestin, également très-contractée, le même épaississement de la muqueuse et un certain nombre d'ulcérations. Celle du rectum n'en présentait aucune ; mais elle était rougeâtre et tuméfiée.

La rate était petite et assez molle ; le foie volumineux, d'une couleur jaunâtre peu ferme. Sa vésicule contenait une assez grande quantité d'une bile filante, d'un très-beau jaune, dans laquelle je rencontrai 22 calculs, de couleur brun-jaunâtre de fer hydraté, de formes irrégulières, à surface hérissée de pointes mousses ou de facettes rugueuses inégales.

Les reins étaient petits; les deux substances peu distinctes, comme pointillées par endroits ; la vessie très-contractée , vide ; les parois assez épaisses ; la matrice était saine.

— Dans le cas que je viens de citer, il n'exista pas, durant la vie, des signes ou symptômes propres à déceler qu'il se fût produit des perforations du tube intestinal ayant donné lieu à des péritonites partielles. Cependant les traces ou caractères anatomiques de cette dernière lésion furent rencontrés à l'ouverture du cadavre. C'est que la phlegmasie péritonéale occasionnée par le voisinage d'ulcérations profondes du cœcum , qui avaient probablement amené la perforation de cet intestin , s'était bornée à la paroi antérieure droite de l'excavation du petit bassin, et avait établi de la sorte des adhérences protectrices propres à s'opposer à l'épanchement de nouveaux gaz ou de matières fécales ; c'est que cette phlegmasie ne s'était pas propagée au reste du péritoine, n'avait pas pris un caractère de généralisation ; c'est qu'elle s'était bornée, vis à vis des autres perforations trouvées à l'iléon, à agglutiner ensemble les circonvolutions intestinales voisines , en y déterminant une inflammation adhésive au pourtour des trouures

de cet intestin. Cette disposition est un exemple remarquable des ressources infinies de la nature, lorsqu'il s'agit de jeter une barrière au-devant des causes de destruction si nombreuses qui peuvent atteindre l'organisme.

Les symptômes propres à dénoter ces péritonites limitées avaient été, pendant la vie, tout à fait négatifs. En effet, ils avaient consisté dans des coliques, un facies particulier aux phlegmasies chroniques abdominales, la rougeur et la sécheresse de la langue, la diarrhée, l'état terreux et la sécheresse de la peau, la fièvre hectique, l'absence de météorisme, de douleur ou de sensibilité maladive du ventre. Or, tous ces symptômes devaient de préférence être rapportés à l'existence des ulcérations intestinales observées si fréquemment dans la dernière période de la phthisie pulmonaire avancée dont était atteinte la malade.

Il faut donc rabattre beaucoup de la précision des signes indiqués dans les traités de pathologie interne comme propres à faire reconnaître les accidents occasionnés par les perforations intestinales, que les écrivains ont souvent groupés d'une manière artificielle ou traditionnelle, et qu'on ne retrouve qu'en minime partie, ou manquant même complètement, lorsqu'on les cherche au lit des malades. La nature, en effet, imprime aux maladies une physionomie tout aussi variable que celle qu'elle se plaît à diversifier dans la figure humaine.

C'est à l'observateur de savoir déchiffrer son langage, souvent si obscur, et démêler la vérité au milieu des causes incessantes d'erreur dont elle enveloppe ses œuvres, même dans la production des affections morbides.

Vaste excavation tuberculeuse, avec destruction de plus de la moitié du lobe supérieur du poumon droit; épanchement pleurétique ancien du même côté, en voie de guérison; tubercules dans le gauche; ulcérations du colon, l'une avec deux perforations; adhérences avec la paroi abdominale correspondante, à la suite de péritonite partielle; mort.

Obs. II. — Fontaine, âgée de 41 ans, entre le 9 janvier 1841, à l'infirmerie, pour une bronchite chronique qui fut combattue par des infusions chaudes et les aspirations de chlore.

Le 17. La poitrine explorée de nouveau, je reconnus, outre cette lésion, un épanchement pleurétique ancien du côté droit, en voie de résorption. Je fis appliquer un large emplâtre épispastique sur cette partie et donner une décoction de pariétaire nitrée.

Le 20. La toux était fréquente ; l'amaigrissement augmen-

tait. Il y avait de la fièvre. L'auscultation me fit reconnaître l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit. (Quart lait, aspirations de vapeurs de goudron, eau gommeuse.)

Le 24. Les inspirations de chlore furent reprises, mais elles fatiguèrent ; il fallut les suspendre. Trois jours après, un vésicatoire fut appliqué au bras, et la suppuration entretenue.

Le 30. Comme la toux était fréquente la nuit, je fis donner le soir 5 centigr. de poudre de belladone, une décoction de lierre terrestre. On recommença à faire respirer le chlore; mais il fallut encore le suspendre et le remplacer par des aspirations de vapeurs d'eau versée chaude sur des feuilles de jusquiame macérées dans une dissolution d'opium. Elles furent continuées jusqu'au 9 février.

Le 11, la malade sortit de l'infirmerie.

Elle y rentra le 1er mars. Elle avait maigri; elle était oppressée, toussait, avait de la fièvre. Un vésicatoire fut appliqué au bras, et les fumigations de jusquiame ordonnées. Des signes d'embarras gastrique étant survenus, un vomitif fut prescrit.

Le 4. L'expectoration était peu abondante, muqueuse ; la toux fréquente, surtout la nuit. (5 centigr. de poudre de belladone ; infusion de sauge.)

Le 9. Pour diminuer l'oppression, je fis vomir la malade à l'aide d'ipécacuanha, et reprendre les fumigations de goudron ; mais elles soulageaient moins que celles de jusquiame.

Le 15. En auscultant la poitrine de nouveau, je constatai que la respiration ne s'étendait à droite qu'intérieurement, et, par la percussion, une matité de tout le tiers inférieur. Il existait donc là un épanchement pleurétique limité. Je fis appliquer sur ce point un large emplâtre épispastique et entretenir la suppuration ; l'appétit avait de beaucoup diminué. Fontaine ne mangeait que le demi-quart.

Le 21. Malgré son affaiblissement, je pratiquai une saignée de 500 grammes. Il n'y eut pas d'amélioration ; en sorte que, quatre jours après, je fis placer, sur un autre point du même côté droit, un second emplâtre épispastique.

Le 27. Une nouvelle saignée aussi forte que la précédente fut faite, et un julep narcotique prescrit pour la nuit.

Le 31. Il y eut un peu de mieux ; l'appétit revint.

Pendant la première quinzaine de juillet, la malade continua à maigrir. Elle éprouvait des sueurs nocturnes qu'on combattait par une tasse de lichen donnée le soir. Je fis placer 12 sangsues sur le côté droit de la poitrine, et ensuite des cataplasmes pour

diminuer la douleur qui s'y était développée, et, le surlendemain, un nouvel épispatique.

Fontaine, en outre, avait de la diarrhée depuis près de trois mois. Cette dernière augmenta le 15 avril. (Cataplasmes anodinés sur le ventre ; tiers de lavement opiacé ; eau de riz.) J'ajoutai au diagnostic : Ulcérations intestinales.

Le 23 avril. Le dévoiement persistait. (Diascordium, 8 grammes ; eau ferrugineuse ; décoction de riz.)

Le 29. Nulle diminution n'avait été obtenue ; la soif était vive, l'appétit un peu meilleur. (Demi-ration ; limonade.)

Le 5 mai. Dix sangsues furent appliquées à l'épigastre, mais sans effet sur les évacuations alvines. L'altération était la même, ainsi que l'amaigrissement. La patiente manifestait des craintes de mort ; son caractère était devenu difficile et méchant. Elle se plaignait de coliques, qu'on diminuait par des applications de cataplasmes opiacés.

Le 10. Elle présenta des signes de gastrite. Ils diminuèrent progressivement.

Le 16. La malade était mieux ; elle mangeait le quart, et, quelques jours après, j'accordai la demi-ration. Elle était devenue tellement ingouvernable, qu'il fallut punir de graves infractions à la discipline des infirmeries.

Le 1er juin. La langue était rouge, sèche ; le dévoiement le même. Le ventre cependant n'était nullement distendu et insensible à la pression. Je fis appliquer dix sangsues à l'épigastre et ensuite des cataplasmes simples d'abord, puis anodinés. Il y eut un peu de mieux, et le désir des aliments se fit de nouveau sentir.

Le 11. La toux était sèche et accompagnée ou suivie, à chaque quinte, de soulèvements de cœur et d'efforts pour vomir. La matité du côté droit était la même, la diarrhée continuelle, l'amaigrissement plus prononcé. (Bouillie de farine de riz, 5 centigr. d'extrait aqueux d'opium, en trois pilules.) La même médication fut continuée jusqu'à la fin du mois.

Le 28. Je fis appliquer sur l'épigastre un large emplâtre de thériaque, saupoudré avec 25 centigr. d'acétate de morphine.

Le 1er juillet. L'état de Fontaine empirait : la maigreur faisait de rapides progrès, la toux persistait, ainsi que la fièvre et les évacuations diarrhéiques. En palpant le ventre, on le trouvait souple ; elle n'y accusait pas plus de douleur dans un point que dans un autre. (Limonade gommeuse, mêmes pilules.) Elle s'affaiblit de plus en plus. Elle manifestait fréquemment ses craintes de mourir avant sa sortie de prison, qui devait avoir lieu

le 15 août. Les téguments, vis à vis du sacrum, menaçant de s'excorier, je fis recouvrir cette partie d'un emplâtre de Nuremberg. La dose d'opium fut doublée. Enfin, cette malheureuse s'éteignit sans trouble intellectuel, le 25 juillet, à neuf heures du matin.

Autopsie cadavérique faite 42 heures après la mort.

État extérieur. Le corps était très-amaigri; le ventre retiré vers le rachis.

Le crâne ne fut pas ouvert, la malade ayant conservé jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés mentales.

Thorax. La cavité gauche du thorax contenait une très-petite quantité de sérosité limpide. Le poumon correspondant présentait un certain nombre de tubercules agglomérés formant au-dessous de la plèvre autant de petites tumeurs de la grosseur d'un pois. Cette membrane, à leur pourtour, était d'un rouge vif et finement injectée. On en rencontrait encore quelques autres dans le tissu pulmonaire, qui était généralement assez crépitant et engoué de sérosité spumeuse dans toute la moitié postérieure de son lobe inférieur. Dans un point du sommet, deux à trois petites masses tuberculeuses étaient ramollies.

Le côté droit de la poitrine était occupé par un épanchement de sérosité albumineuse en voie de résorption. En effet, il était circonscrit à la partie inférieure externe et postérieure, et limité par des adhérences très-fortes contractées sur toute la face externe du poumon recouverte d'une couche d'albumine blanche assez dense et épaisse. On trouvait en outre, accumulée à la partie inférieure, répondant à la face diaphragmatique, et au milieu de la sérosité épanchée, une grande quantité du même produit morbide d'aspect gélatiniforme. Tout le lobe supérieur du poumon était en majeure partie détruit par une vaste excavation tuberculeuse, et ses détritus en formaient les parois, qui semblaient comme déchirées, étaient inégales et constituées par des lambeaux de tissu pulmonaire tuberculeux. Le liquide puriforme rougeâtre qu'elle contenait avait une odeur infecte. Tout ce lobe, adhérent intimement au sommet de la poitrine, se déchira en partie en l'enlevant. Les deux autres présentaient également des tubercules.

La muqueuse bronchique était rouge et enduite d'un mucus rougeâtre puriforme.

Le péricarde renfermait 8 à 10 grammes de sérosité limpide; le cœur était dans l'état normal.

Abdomen. Le colon, presque immédiatement après son abouchement dans le cœcum, se recourbait pour former la portion

horizontale. Dans ce point, il se portait au-devant de cet intestin, avec la face antérieure duquel il avait contracté des adhérences albumineuses, de même qu'antérieurement avec le point correspondant du feuillet du péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen. Elles étaient le résultat de l'inflammation adhésive qui s'était développée autour d'une vaste ulcération de cet intestin, laquelle avait perforé en deux points très-rapprochés toute sa paroi antérieure et sa partie inférieure. De ces deux ouvertures, l'une pouvait bien avoir 1 centimètre et un quart, et l'autre un demi-centim. de diamètre; leur forme était ronde. L'érosion s'était étendue à toute l'épaisseur du péritoine pariétal, l'avait transformé en un ulcère à fond grisâtre, de même que la portion correspondante de la même séreuse qui tapisse la face antérieure du cœcum.

Cette inflammation adhésive avait prévenu tout épanchement. Si plus tard il se fût développé un phlegmon vis à vis du point des adhérences aux parois abdominales, et que le pus eût pénétré dans cet intestin, il aurait pu s'établir dans cette partie un anus contre nature.

L'estomac était au tiers rempli de tisane, sa muqueuse était saine ; il en était de même de celle du duodénum, et en général de celle du jéjunum, quoiqu'on y rencontrât çà et là trois à quatre petites ulcérations rondes, à bords coupés à pic et néanmoins tomenteux. J'y remarquai un petit tubercule sous-muqueux blanc, ramolli ; seulement la muqueuse qui l'enveloppait n'était pas encore érodée.

On rencontrait aussi, au nombre de huit à neuf, et assez éloignés les uns des autres, dans l'iléon, de semblables ulcères. Ces deux intestins étaient extrêmement petits, renfermaient un mucus épais, d'un blanc-jaunâtre, prenant vers la fin le caractère fécal. La muqueuse du cœcum offrait plusieurs ulcérations, à fond d'un gris-bleuâtre, à bords épaissis, coupés nettement et en voie de cicatrisation. Tout le colon en était également criblé ; seulement elles occupaient les deux tiers de sa circonférence. Leurs bords étaient irréguliers, et leur fond creusé plus ou moins profondément, formé par le tissu cellulaire sous-musculeux épaissi et induré. On apercevait, vis à vis du cœcum, les deux perforations complètes qui avaient donné lieu aux adhérences décrites. On en trouvait encore d'autres, mais moins étendues et moins nombreuses, dans l'S iliaque, et enfin une assez large dans le rectum, à 4 à 5 centimètres et demi de l'anus. Les matières fecales contenues dans le gros intestin étaient liquides et d'une odeur infecte.

La rate était volumineuse, son parenchyme d'un rouge sale et diffluent.

Le foie, de volume normal, présentait un tissu jaunâtre. Sa vésicule, très-grande, était énormément distendue par une bile d'un vert-noir, très-filante, tachant fortement les doigts en jaune.

Les reins étaient sains, la vessie remplie d'urine d'un jaune foncé.

L'utérus était petit, d'un tissu très-dense ; son col offrait à sa lèvre antérieure une érosion granulée superficielle.

— Le sujet de cette observation présenta encore un exemple d'une perforation du gros intestin n'ayant produit qu'une inflammation péritonéale locale d'une étendue trop limitée pour déterminer la mort. En effet, une vaste ulcération au commencement du colon détruisit toute l'épaisseur de ses parois en deux points, par suite d'une inflexion anormale qui le mettait en contact avec la face antérieure du cœcum, et détermina une inflammation adhésive, au pourtour de l'ulcération, avec la surface correspondante de cet intestin. En même temps, il vint en contracter en avant une semblable avec le point contigu de la portion du péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen, sur lequel s'était développée une ulcération identique qui avait intéressé toute l'épaisseur de cette membrane séreuse.

Dans tous les cas semblables à celui-ci, si la péritonite générale ne survient pas, c'est que les adhérences par l'exhalation d'une matière albumineuse, résultat de l'inflammation adhésive qui s'établit par voie de contiguité entre une portion d'intestin dont l'ulcération a pénétré jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal ou même jusqu'à la séreuse, et bientôt jusqu'à la surface d'enveloppe péritonéale de l'organe le plus voisin ou en contact, préviennent tout épanchement de gaz, d'humidités ou de matières stercorales, lorsque l'ulcération, continuant à faire des progrès en profondeur, finit enfin par perforer l'intestin.

Durant la vie, quelques symptômes particuliers ou spéciaux indiquèrent-ils l'époque à laquelle s'était effectuée la perforation ? pas plus que dans la plupart des autres cas identiques. Ainsi, les seuls observés, tels que diarrhée invétérée, altération, vive douleur à l'épigastre, rougeur et sécheresse de la langue, absence de tout météorisme ou de toute sensibilité du ventre à la pression, sa souplesse, les craintes de la mort, dénotaient une gastro-entérite chronique avec ulcérations dans les intestins, mais nullement une péritonite dans les points de l'abdomen où elle avait dû nécessairement se développer.

(*La suite à un prochain numéro.*)

7. *De l'emphysème vésiculaire et de l'emphysème interlobulaire des poumons* ; par Édouard Bonino, docteur en médecine, lauréat du Val-de-Grâce, chirurgien aide-major au 1er régiment de ligne.

(Suite : *voir* t. 157, septembre 1845, p. 44.)

(Gazette médicale de Paris, N° 32.)

§ II. *Anatomie pathologique et pathogénie. — Emphysème vésiculaire.* — Les poumons dont les cellules sont dilatées présentent, au toucher, une surface plus sèche que les poumons sains. Ils sont très-pâles, et la matière noire contraste davantage avec le fond blanc sur lequel elle est déposée. Leur superficie, quand l'emphysème n'est pas très-avancé, offre à l'œil nu ou à la loupe un aspect qui rappelle celui des feuilles desséchées, dans lesquelles on n'aperçoit plus que les nervures, le parenchyme ayant disparu ; les nervures sont représentées par les parois des cellules agrandies. Si l'emphysème est plus prononcé, on voit, sous la plèvre, des saillies arrondies, formées par ces mêmes cellules. Ces saillies varient en grosseur depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois, et même d'une aveline ; mais alors elles sont constituées par la réunion de plusieurs cellules.

Quand l'emphysème est partiel, et qu'il n'a envahi que des lobules isolés, on voit les polygones que ceux-ci présentent extérieurement s'élever au-dessus de la surface des lobules et former ainsi des îles saillantes qui rappellent un peu les plaques gaufrées de l'intestin.

Les coupes pratiquées dans le tissu pulmonaire emphysémateux et desséché laissent voir les vésicules, cellules ou capillaires aériens, comme on voudra les appeler, évidemment dilatées et appréciables à l'œil nu. Etudiées au microscope, toujours les parois de ces cellules nous ont paru plus minces qu'à l'état sain, et nos observations sont, sur ce point, parfaitement conformes à celles du docteur Lebert.

Dans un degré plus avancé de la maladie, les cellules ne sont plus entières ; elles tendent à se réunir. La paroi très-amincie qui sépare deux vésicules se crève et forme ainsi une sorte de diaphragme entre les deux petites cavités aériennes ; bientôt cette cloison se rompt davantage et ne présente plus que des lambeaux flottants, lesquels ne sont bientôt que des fils très-ténus, ne séparant déjà plus ces deux cellules, qui n'en font plus qu'une. Ce travail ne s'opère pas seulement entre deux cellules, mais entre un grand nombre ; et ainsi ces petites cavités se réunissent, se confondent, pour former des cavités plus grandes, dans

lesquelles on voit flotter les débris des parois des vésicules disparues. On conçoit que ces cavités doivent présenter des formes variées à l'infini, suivant la direction qu'aura suivie le travail de résorption interstitielle, suivant la manière dont il aura gagné de proche en proche, en s'éloignant de son point de départ. Nous avons vu quelquefois de ces cellules, juxta-posées sur une même ligne droite, se réunir de manière à former une espèce de canal. C'est ainsi qu'on explique en botanique la formation de certains vaisseaux par la réunion des cellules végétales superposées. « Il se forme de la sorte des espèces de cavernes, ou de chambres aériennes vagues, entrecoupées par des membranes déliées, que le passage des bulles d'air a criblées de petits trous... Dans la destruction très-avancée, la masse d'un ou de plusieurs lobules, par la déchirure commune des cloisons vasculaires, ne présente plus, à l'état sec, qu'une sorte de duvet cotonneux très-fin (1). »

Quand un lobule, fortement emphysémateux, est isolé au milieu de lobules sains, on le distingue aussi bien à la surface des coupes pratiquées qu'à la superficie du poumon : il est moins coloré ; son tissu paraît plus rare ; il est à peu près au tissu des lobules voisins ce que le tissu réticulaire des os est à leur tissu celluleux. Cet aspect est très-tranché, et une ligne de séparation bien nette permet de reconnaître, même à distance, la partie emphysémateuse de celle qui ne l'est point.

En ouvrant les vésicules qui font saillie à la surface du poumon, on les trouve souvent plus volumineuses qu'elles ne le paraissent, et à côté on en voit d'aussi grandes, qui cependant ne faisaient aucun relief extérieur. On aperçoit presque toujours sur leurs parois des débris dont nous avons parlé, et qui prouvent que ces petites cavités aériennes ne sont pas le résultat de la dilatation d'une cellule unique. Quand la cavité surpasse le volume d'un pois, si ces débris ne paraissent pas, il est raisonnable de croire que c'est parce qu'ils ont été entièrement résorbés. On trouve, sur plusieurs points de ces petites excavations, des orifices qui les font communiquer avec les cellules environnantes ; il en est de même pour ces vésicules qui semblent pédiculées, mais dont le pédicule n'est pas réel et n'est qu'un simple étranglement au point où la tumeur commence à s'élever à la surface du poumon : c'est une véritable hernie de la petite cavité aérienne.

En examinant comparativement au microscope une tranche de poumon sain et une tranche de poumon enphysémateux, on

(1) Bourgery, *Anatomie de l'homme*, t. IV, p. 69.

trouve la vascularisation évidemment diminuée dans ce dernier; tandis que dans le poumon sain on aperçoit les ramifications des vaisseaux se répandre, sous forme de lignes rouges très-appréciables, autour de chaque cellule: on ne voit plus dans le poumon emphysémateux que le tronc du vaisseau principal ; mais toutes les divisions ont disparu. Ce résultat, aussi obtenu par le docteur Lebert, et que l'on pouvait soupçonner, d'après l'aspect du poumon emphysémateux, nous paraît très-important.

Quand l'emphysème vésiculaire s'était développé lentement, jamais nous n'avons constaté d'emphysème interlobulaire coexistant. Ces deux emphysèmes n'étaient réunis que dans les cas où la lésion s'était produite avec assez de rapidité : ainsi, nous avons constaté la coïncidence de ces deux espèces d'emphysème à la suite de l'imperméabilité d'une grande partie des poumons, par tuberculisation étendue, par hydro-pneumo-thorax, par pneumonie double, par variole avec engorgement pulmonaire considérable; et encore, dans ces cas, l'emphysème interlobulaire était très-peu étendu. Avec l'emphysème vésiculaire coexistent souvent des bulles d'emphysème sous-pleural, lesquelles sont toujours mobiles sous la plèvre. Cette coexistence s'explique facilement, parce qu'en se rompant les vésicules superficielles doivent nécessairement laisser épancher sous la plèvre l'air qu'elles contiennent.

Essayons maintenant, en nous fondant sur ces détails anatomiques, d'expliquer la pathogénie de l'emphysème vésiculaire et sa nature. Cette explication ne peut, sans doute, être qu'une hypothèse; mais une hypothèse qui rend bien compte des faits observés peut avoir quelque valeur, et devenir une probabilité.

Quand cet emphysème n'est pas congénital, il dépend presque toujours d'un catarrhe aigu ou chronique. Celui-ci, soit par le dépôt de produits de sécrétion, soit par le gonflement de la membrane muqueuse, soit enfin par ces deux causes à la fois, détermine le rétrécissement des petits tuyaux bronchiques ; mais l'air, appelé dans l'inspiration par une force considérable, surmonte la résistance et pénètre dans les vésicules pulmonaires. Le mouvement expiratoire se produit ; mais il ne s'opère que par la contractilité de ces vésicules, aidée des muscles intercostaux. Sa force est bien moins puissante que la force inspiratoire ; aussi ne peut-elle produire autant, et elle ne rejette au-dehors qu'une partie de l'air introduit. A chaque mouvement respiratoire, la même chose se renouvelle: l'air s'accumule dans les cellules pulmonaires, dont il distend les parois ; il se dilate par la chaleur, et de là une cause de distension plus grande. Ces parois

deviennent de moins en moins aptes à réagir contre l'air qu'elles renferment, et la respiration tend sans cesse à être plus incomplète. Bientôt les cellules, soumises à une cause toujours agissante de dilatation, voient leurs parois portées au delà de leur degré d'élasticité normale; elles sont forcées, et dès lors l'acte respiratoire devient plus imparfait, plus pénible que jamais.

Mais quel changement dans les conditions anatomiques du poumon va amener cette dilatation des cellules? Le premier effet produit sera le refoulement du tissu cellulaire qui les sépare; par la compression, il sera transformé en une lame continue et compacte. Les ramuscules veineux et artériels qu'il renferme seront aplatis, et bientôt deviendront imperméables au sang. La circulation sera ainsi étouffée dans la partie du poumon où siége l'emphysème. De là la pâleur, la sécheresse de ce poumon; de là l'absence de vaisseaux observée dans son tissu. Les parois des vésicules pulmonaires ne recevront plus de sang, et par conséquent plus de nutrition; d'autre part, elles sont soumises à l'action mécanique qu'exercent sur elles les cavités aériennes qui tendent à s'agrandir en se rencontrant : il y a donc une double cause pour qu'elles s'amincissent, qu'elles disparaissent par une résorption interstitielle. On se rend donc bien compte ainsi de la raréfaction des poumons emphysémateux.

Si nous considérons, d'une part, la gêne que le sang éprouve à traverser les poumons, d'autre part, la diminution de la surface propre à la fonction de l'hématose, et enfin le renouvellement difficile de l'air, nous comprendrons très-bien la dyspnée des emphysémateux, dyspnée qui s'augmente, il est vrai, de celle qu'entraîne avec lui le catarrhe, si celui-ci existe, mais qui ne trouve pas évidemment sa source dans cette cause unique; et la preuve, c'est qu'elle se montre alors même que le catarrhe ne se montre point. Cette dyspnée existant, on s'explique l'impossibilité où sont souvent les malades de conserver la position horizontale, position défavorable au développement des forces musculaires nécessaires pour produire un acte respiratoire un peu efficace. De là la plus grande fréquence des accès la nuit, où cette position est la plus ordinaire. Les malades se tiennent assis dans leur lit, les bras étendus en avant, afin de donner un appui solide aux muscles respirateurs. La respiration est abdominale, s'accompagne d'un soulèvement en masse de toute la cage thoracique, soulèvement auquel les muscles scalènes prennent une part très-active, parce que les parois, soulevées autant qu'elles peuvent l'être, ne sont pas susceptibles de se dilater davantage pour augmenter l'amplitude de la poitrine. Cette impossibilité

d'une dilatation plus grande rend compte de la faiblesse ou de l'absence du bruit respiratoire dans l'emphysème, puisqu'il n'y a plus d'expansion ni d'ampliation vésiculaire possibles. Enfin, les poumons tuméfiés, en repoussant de dedans en dehors les parois qui les emprisonnent, doivent changer nécessairement la forme de la cage thoracique, par suite de l'effort qu'ils exercent sans cesse sur elle : de là les voussures des emphysémateux.

Nous trouverons encore facilement la raison d'un fait d'observation que nous avons consigné précédemment, à savoir : que l'emphysème vésiculaire, quand il s'est formé lentement, ne se complique jamais d'emphysème interlobulaire. En effet, les cellules, se dilatant insensiblement, ne se rompent qu'à une époque avancée de la maladie. Alors le tissu cellulaire comprimé, refoulé, ou bien n'existe plus, et alors une vésicule, en se rompant, ne peut s'ouvrir que dans une autre vésicule ; ou bien il est tellement aminci et condensé qu'il n'est plus susceptible de recevoir de l'air dans des mailles qui ont disparu. Mais on conçoit sans peine que les cellules de la superficie, venant à se briser, laissent échapper l'air qu'elles contiennent dans le tissu cellulaire sous-pleural, lequel ne se trouve pas dans les mêmes conditions, et qu'ainsi l'emphysème sous-pleural, à bulles mobiles, se puisse rencontrer. Laënnec, qui avait signalé cette sorte d'exclusion mutuelle des deux espèces d'emphysème, dit ne les avoir jamais vues réunies, et n'avoir jamais rencontré, même dans les cas les plus intenses, d'autre infiltration aérienne que quelques bulles d'air dans le tissu cellulaire qui sépare la plèvre des poumons.

Nous avons établi une exception à cette règle d'exclusion pour les cas où l'emphysème résulte de l'imperméabilité d'une grande partie des poumons : alors les portions demeurées saines doivent fonctionner plus activement. De là une dilatation exagérée des vésicules, qui, sans être instantanée, n'est au moins pas assez graduelle : aussi leurs parois peuvent-elles se rompre à une époque beaucoup plus rapprochée du début de la lésion, quand elle n'est pas encore assez avancée pour que le tissu cellulaire soit par trop condensé ; et par conséquent celui-ci est encore susceptible d'infiltration. C'est ainsi que nous avons trouvé les deux espèces d'emphysème réunies dans les cas que nous avons cités. Laënnec n'a sans doute jamais rencontré cette coïncidence, parce qu'il la recherchait, comme il le dit lui-même, dans les cas les plus intenses, tandis que ce n'est que dans les cas moyens ou légers qu'elle peut exister.

Nous avons avancé que, dans l'emphysème vésiculaire, il y a

atrophie ou plutôt résorption des vésicules. Des médecins, dont l'opinion est considérable, pensent, au contraire, qu'il y a hypertrophie : ils ont été surtout conduits à ce jugement par l'analogie avec ce qui arrive dans nos organes quand ils sont dilatés. On a cité l'œsophage, l'estomac, les intestins, le cœur, qui s'hypertrophient quand ils sont le siége d'une dilatation, par suite d'obstacle au libre cours des fluides ou des solides qui les doivent traverser; mais cette analogie ne nous paraît pas exister. Observons, en effet, que la condition n'est pas la même pour les cellules pulmonaires : l'estomac ou le cœur, quand ils sont dilatés, se développent facilement, sans trouver autour d'eux de barrière pour les arrêter ; mais en est-il de même pour les vésicules du poumon ? Elles sont circonscrites dans des espaces étroits qu'elles ne peuvent franchir ; elles trouvent un obstacle dans toutes les vésicules voisines qui cherchent aussi à s'étendre, et auxquelles elles deviennent obstacle à leur tour : de plus, la compression des vaisseaux est le premier effet de cette condition anatomique ; comment donc alors pourrait survenir l'hypertrophie, puisque la première condition de son existence est, au contraire, une riche circulation ? Ensuite, en admettant l'hypertrophie, il nous semble bien difficile de comprendre la raréfaction du tissu pulmonaire, la rupture des parois des cellules, qui ne s'opère évidemment que quand ces parois sont très-amincies. L'hypertrophie ne serait-elle pas, au contraire, l'état le plus propre à mettre les poumons à l'abri des lésions anatomiques dont on les trouve précisément atteints dans l'emphysème ? Enfin, le microscope ne démontre-t-il pas que les parois des vésicules sont amincies au lieu d'être hypertrophiées ?

Si cette analogie, dont nous parlions tout à l'heure, peut être invoquée, ce n'est que pour rendre compte d'un fait, à savoir : la dilatation des vésicules. Quand on voit, en effet, les organes creux se dilater presque toujours par suite d'un obstacle au libre cours des matières qui les doivent traverser, on comprend que les vésicules pulmonaires se peuvent dilater, elles aussi, sous une même influence. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

8. *Observation d'otite profonde*, recueillie dans le service de M. le professeur Michel Lévy ; par M. Champenois, chirurgien-élève.

(Gazette médicale de Paris, N° 35.)

Huit mois de date ; écoulement de pus par la bouche ; abcès mastoïdien ; accident de méningite ; mort au bout de dix jours ;

fistule de l'apophyse mastoïde gauche ; phlébite adhésive du sinus pétreux inférieur correspondant ; injection des méninges ; ramollissement pulpeux du cervelet, surtout à gauche.

Obs. — Cochet (Théod.) est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 26 juin 1845, accusant vers la tête des douleurs excessives, qui semblaient avoir pour point de départ la région auriculaire gauche. — Ce qui frappait au premier abord dans l'aspect du malade, c'était l'absorption profonde des facultés intellectuelles, contrastant singulièrement avec la mobilité extrême des traits et le jeu grimaçant de la physionomie. Au-devant de l'œil, fixe et hagard, la paupière supérieure était agitée par un clignotement spasmodique incessant, surtout pendant la conversation. — La tête lui pesait *autant que la cathédrale*, pour nous servir de ses expressions. — Au front, la main ressentait une chaleur âcre, mordicante, des plus intenses ; des douleurs sourdes, partant des profondeurs de l'oreille gauche, s'irradiaient dans tout le côté correspondant de la tête ; la peau était brûlante , le pouls fort et fréquent, les réponses lentes et laborieuses. Le conduit auditif externe était exempt de toute altération et libre de toute concrétion ; les mouvements masticatoires s'exécutaient sans douleur.

Derrière l'oreille existait un abcès reposant sur l'apophyse mastoïde et donnant issue à un pus sanieux fédide. — Un stylet, introduit à travers l'orifice boursoufflé calleux de son ouverture, alla heurter contre une portion d'os dénudée, un peu rugueuse, sans toutefois rencontrer de trajet fistuleux.

Un mois avant l'entrée à l'hôpital, cet abcès s'était développé dans l'espace de quatre à cinq jours, et une ponction avait donné issue à une quantité assez considérable de pus.

En interrogeant davantage les antécédents pathologiques du sujet, on apprit que, huit mois auparavant, par un temps froid et humide, il avait contracté une violente otite, caractérisée par des douleurs vives, des bourdonnements, des tintements dans l'oreille gauche. — Ces symptômes n'avaient pas tardé à s'accompagner d'un écoulement puriforme par le conduit auditif externe.

Cependant les douleurs allèrent en s'aggravant, jusqu'à ce qu'enfin, au bout d'une quinzaine de jours, du pus fut rejeté avec les produits de l'expectoration. — Elles perdirent alors peu à peu de leur intensité, et continuèrent, sourdes et profondes, à tourmenter le malade d'une manière périodique.

Toutes ces circonstances commémoratives, jointes à la pré-

sence de l'abcès mastoïdien et aux accidents nouveaux développés du côté de la tête, firent admettre sans hésitation l'existence d'une otite profonde de vieille date, avec imminence de méningocéphalite ; et l'abcès mastoïdien fut regardé comme symptomatique d'une suppuration profonde des cellules. Les douleurs vives ressenties dans la moitié gauche de la tête, la concentration stupide des facultés intellectuelles, n'étaient que le prélude d'une explosion cérébrale et le signal de la propagation de l'inflammation à la portion gauche des méninges. — Le danger était pressant, il fallait un traitement énergique pour le conjurer.

Du 27 au 30 juin, trois saignées de 500 grammes furent pratiquées et n'apportèrent dans l'état du malade aucun amendement notable. Le pouls étant fort, le chiffre des pulsations s'élève à 120 par minute.

Le 30, il y eut du délire pendant la nuit ; l'abcès mastoïdien ne fournissait plus qu'un léger suintement.

Du 30 juin au 3 juillet, 55 sangsues furent appliquées, en trois fois, sur la région temporale à l'apophyse mastoïde. Le pouls tomba à 96, la peau devint légèrement sudorale ; la face était moins injectée, mais la pesanteur de tête persistait et les douleurs restaient tenaces.

Le 3, tout avait changé de face : le coma était profond, le pouls remonté à 110; le regard était fixe, hébété, les réponses difficiles et lentes. — Deux vésicatoires appliqués aux mollets, et un troisième à la nuque, le tirèrent un peu de cet état de somnolence. — L'huile de ricin, qui avait été administrée à trois reprises, à la dose de 25 et de 35 grammes, fit enfin cesser la constipation qui durait depuis l'entrée du malade. Il eut deux selles en diarrhée.

Le 4, le purgatif fut continué (35 grammes) et provoqua plusieurs déjections alvines involontaires. — De la glace fut appliquée en permanence sur la tête.

Le 5, délire calme, somnolence, pouls fréquent : les questions restent sans réponse.

Le 7, délire continu, agitation, plaintes incessantes, urines et selles involontaires, facies décoloré, abattu ; coma profond, pouls petit, irrégulier, toujours fréquent ; extrémités froides : mort dans l'après-midi.

Nécroscopie (54 heures après la mort) : putréfaction avancée du sujet.

Les premières recherches furent dirigées du côté de la région mastoïdienne pour trouver la justification de la valeur symptomatologique accordée pendant la vie à l'abcès dont on avait con-

staté l'existence. Un trajet fistuleux, ouvert en arrière de l'apophyse mastoïde, faisait communiquer le foyer avec les cellules remplies d'un pus jaune-verdâtre. L'oreille moyenne renfermait une matière noirâtre analogue à du pus dont la partie liquide aurait été résorbée, et dont le résidu aurait été coloré par du sang en décomposition.

La muqueuse des parois de la caisse était tuméfiée, ramollie, facile à séparer de l'os. — Les osselets étaient intacts.

Du côté de l'encéphale, injection vive des méninges, surtout à gauche ; diminution de consistance de la totalité du cerveau ; épanchement de sérosité rougeâtre dans les ventricules : pas d'adhérences à la base.

La dure-mère, décollée avec soin, n'offrit rien de particulier tant qu'on ne fut pas arrivé à la face postérieure du rocher.

Dans ce point, l'injection était plus tranchée ; le sang contenu dans le sinus pétreux inférieur correspondant était organisé en caillot ; à la portion de la dure-mère en rapport avec la gouttière occupée par le sinus, adhérait une petite masse puriforme.

Le point de l'os en contact était dépoli, privé du vernis de tissu compacte qui le recouvre : le scalpel l'entamait facilement.

Le cervelet, ramolli, formait, du côté gauche, une espèce de pulpe homogène ; la désorganisation avait porté sur les deux substances. — Le foie ne présentait aucune trace d'abcès. — On trouva du pus épanché dans les grandes articulations. L'intestin était le siége d'une injection cadavérique.

— De ces données nécroscopiques, quelle conclusion peut-on tirer ?

En faisant large part au travail de putréfaction qui s'était emparé du sujet, lors de l'autopsie, la présence du pus dans les cellules mastoïdiennes, le ramollissement du tissu osseux, l'absence de lame compacte dans le point où les aréoles qui creusent l'apophyse mastoïde se rapprochent le plus de la cavité crânienne, c'est-à-dire au niveau du sinus latéral ; l'injection vive des méninges, surtout à gauche ; l'état du sinus lui-même, devenu le siége d'une phlébite adhésive ; l'existence de cette petite masse puriforme adhérente à ses parois, le ramollissement pulpeux du cervelet à gauche, comparé à la simple diminution de consistance du cerveau, que l'on peut regarder comme un effet de la putréfaction ; telles sont les altérations pathologiques qui méritent quelque confiance.

Quant au lien qui doit les rattacher aux phénomènes observés pendant la vie, les voici, suivant moi : l'inflammation, après être restée cantonnée dans les cellules mastoïdiennes pendant un

assez long temps, a creusé à son produit, au pus, une issue au-dehors à travers l'os lui-même. — De là l'abcès mastoïdien.

Cependant elle minait sourdement dans une autre direction, ramollissant le tissu osseux du côté de la cavité crânienne, dans le point le plus faible, et touchait au sinus : — un pas encore et l'inflammation allait trouver dans les méninges un vaste champ ouvert au développement d'un nouveau cortége d'accidents. — L'hémicranie du côté gauche, l'intensité subite des douleurs, le délire, signalèrent cette invasion. L'état des méninges rendait assez bien compte des accidents qui avaient terminé la scène. — L'irritation du nerf facial, si rapproché du centre principal des altérations, avait provoqué les contractions bizarres du masque facial.

Un autre point digne de remarque, c'est le ramollissement pulpeux de l'hémisphère gauche du cervelet (que l'on ne pouvait évidemment rapporter à la putréfaction), comparé à la simple diminution de consistance du cerveau. — Cette différence porte à croire que le cervelet, plus rapproché du foyer de l'explosion inflammatoire dans la cavité crânienne, a reçu la première et la plus profonde atteinte, et que l'état de cet organe n'est pas le résultat d'une altération *post mortem*. — Une circonstance qui, selon moi, vient à l'appui de cette idée, c'est la difficulté qu'éprouvait le malade et la lenteur qu'il mettait à coordonner ses idées, jointes à la lucidité de ses perceptions et à la netteté de ses réponses. Si l'état à peu près normal du cerveau rend compte de l'intelligence, les désordres du cervelet, chargé de la coordination des idées, peuvent avoir quelque valeur pour la physiologie pathologique du cas qui vient de nous occuper.

---

9. *Observation de molluscum non contagieux.*

(Archives générales de Médecine, août 1845.)

Le *molluscum*, signalé pour la première fois par Bateman, est caractérisé par des tubercules de diverses grosseurs qui se développent sur différentes partie du corps, et doit son nom à l'analogie que le médecin anglais a cru trouver entre ces tubercules et les proéminences unciformes que l'on voit sur l'écorce de l'érable. MM. Cazenave et Schœdel admettent, d'après Bateman, deux genres différents de *molluscum*, le contagieux et le non contagieux : M. Gibert en a fait connaître une troisième espèce, qu'il a proposé d'appeler *molluscum stéarique*, à cause de la nature particulière qu'offraient les tubercules. Le cas cité par M. Neret paraît appartenir au genre non contagieux.

Un vieillard, âgé de 73 ans, ex-blanchisseur, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne, fut admis à l'hôpital Saint-Charles de Nancy, le 27 février 1841, comme infirme, et atteint d'œdème aux jambes. Ce fut à peu près à cette époque qu'il vit se développer sur les différentes parties du corps de remarquables tubercules, et dont il ne parla pas d'abord. Ils apparurent en grand nombre sur le ventre, le dos, les cuisses et les bras : on en vit aussi, mais en moindre nombre, sur les jambes et les avant-bras ; quelques-uns sur le cou, un seul à la face près du grand angle de l'œil gauche ; mais aucun autre aux pieds, aux mains, ni au cuir chevelu.

Leur apparition était précédée d'une tache rouge, sur laquelle ils se développaient ; leur forme était circulaire ou ovalaire ; ils s'élevaient peu à peu et s'étendaient en largeur ; leur base était aplatie et tenait à la peau ; les uns acquéraient seulement le volume d'un pois, d'autres celui d'une aveline, d'autres enfin celui de la moitié d'un œuf de poule coupé en travers, et à laquelle ils ressemblaient pour la forme.

Leur surface était convexe ; ils prenaient une teinte rouge livide ; ils étaient durs au toucher et douloureux par la pression.

Quand on les incisait, leur tissu paraissait homogène, cellulaire et rougeâtre, et laissait écouler du sang ; leur base était entourée d'une auréole rouge qui s'étendait en circonférence de 1 à 3 centimètres de largeur, suivant le volume des tubercules.

Lorsqu'ils avaient acquis tout leur développement, les plus gros s'ulcéraient à la surface, suppuraient, puis se couvraient d'une croûte noire, qui se desséchait et tombait ensuite : le corps du tubercule lui-même se desséchait, se fronçait, se noircissait, diminuait peu à peu de volume, enfin disparaissait totalement, en laissant une tache d'un rouge cuivré, semblable aux taches vénériennes, et qui plus tard s'effaçait entièrement. Quant aux petits tubercules, leur suppuration était à peine sensible ; ils se couvraient d'une croûte noire et disparaissaient insensiblement : il y en a même qui s'atrophiaient et s'effaçaient sans avoir présenté aucune trace de suppuration. Il s'écoulait d'un à deux mois depuis le moment où les tubercules commençaient à paraître jusqu'à l'entière disparition des taches qui leur succédaient.

Cette maladie, qui, comme nous l'avons dit, datait du mois de février, était dans toute sa force dans le mois d'avril, et un mois plus tard le nombre des tubercules était déjà bien diminué. Du reste, l'état général était satisfaisant : le malade mangeait et dormait bien ; il conservait sa gaieté, et l'on ne remarquait

aucun symptôme fébrile. Ce fut dans ce moment que l'on tenta, *mais sans succès*, l'inoculation de la matière purulente des tubercules sur une partie saine de la cuisse du malade lui-même.

Dans le mois de juin, les choses changèrent : il survint un érysipèle, qui se manifesta d'abord sur la jambe droite et se transporta successivement sur différentes parties du corps. L'état général s'altéra, l'appétit se perdit, la langue devint rouge, et le dévoiement s'établit ; on remarqua dans l'aine droite un gonflement des ganglions inguinaux, et même un commencement de suppuration dont l'érysipèle paraissait être la cause. Pendant ce temps, les tubercules cutanés disparaissaient, et le 15 août il n'en restait plus qu'un petit nombre sur les cuisses et le dos : ils devinrent alors le siége d'hémorrhagies assez graves, qui se renouvelèrent plusieurs fois à la même époque. On remarqua aussi sur les jambes des taches confluentes et pourprées, semblables aux taches du pourpre hémorrhagique; l'épiderme se détacha par grandes lames de toute la surface du corps; enfin le malade, très-affaibli, succomba le 28 août, six mois après son entrée à l'hôpital. A l'époque de la mort, il ne restait qu'un très-petit nombre de tubercules, très-affaissés sur eux-mêmes et noirs.

Pendant tout le temps que l'état général fut satisfaisant, on se contenta de nourrir le malade avec de bons aliments et du vin ; quand le dévoiement s'établit, on prescrivit les adoucissants et les opiacés.

V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

10. *Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale ;* par M. Botrel, interne à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

(Suite : *voir* t. 157, septembre 1845, p. 105.)

(Archives générales de Médecine, avril 1845.)

Obs. V.— *Angioleucite utérine; péritonite générale; pleurésie diaphragmatique.*— J. L., âgée de 23 ans, d'une bonne constitution, primipare, accoucha à la Maternité le 9 mars 1844, après un travail qui dura neuf heures. Après l'accouchement, qui fut d'ailleurs naturel, il fallut faire des frictions répétées sur l'hypogastre pour prévenir une métrorrhagie. Cette jeune fille, ressentant par intervalles quelques tranchées, parut aller assez bien jusqu'au 12. Ce jour, étant allé à la Maternité, nous pûmes constater chez cette malade une fièvre puerpérale commençante. Le pouls était plein et fréquent, la peau chaude, l'œil vif. L'ab-

domen était sensible à la pression dans la région hypogastrique, et surtout dans la fosse iliaque gauche, au niveau du détroit supérieur; il était assez souple. Un refroidissement peu sensible était survenu le matin pendant qu'on avait changé la malade de lit. Le soir, elle fut apportée dans les salles de l'Hôtel-Dieu.

Le 12 mars. Les symptômes de réaction constatés quelques heures auparavant conservaient toute leur intensité. Ainsi, figure animée, soif, céphalalgie, chaleur, fréquence du pouls (136). Le siége de la douleur abdominale a augmenté d'étendue. Les bruits du cœur et le murmure respiratoire ne présentaient aucune modification dans leur timbre. (Bouillon, orge s., 30 sangsues, cat. et inj. émoll., potion avec sulfate de quinine, 2 g. par cuillerée.)

Le 13. Les symptômes fébriles persistaient. L'abdomen était sensible dans la plus grande partie de son étendue, et des douleurs pongitives s'y faisaient sentir à des intervalles rapprochés. Il existait du dévoiement. (Bouillon, orge s., potion sulf. quinine 3 g., trente sangsues, cat. et inj. émoll.)

Le 14. Le météorisme et la sensibilité abdominale s'étaient singulièrement accrus; la respiration était devenue costale et anxieuse. Le délire, qui d'abord avait paru calme, et auquel avait succédé une stupeur comateuse profonde, se réveilla subitement; la malade jetait des cris perçants, se levait de son lit pour donner lieu aux scènes les plus bizarres d'une aliénation mentale furieuse. On s'était vu contraint de se servir du gilet de force pour maintenir la malade en repos. Alors survint le calme, ou plutôt cette surexcitation se concentra sans s'anéantir complètement : les idées, l'agitation, avaient une vivacité extraordinaire. La figure était grippée, le pourtour de l'orifice buccal était d'une blancheur remarquable ; et cependant le regard était toujours animé. Le pouls avait augmenté de fréquence; mais il avait perdu de sa force (140). Deux vésicatoires avaient été placés aux extrémités inférieures. (Bouillon, orge s., 20 g. de sel d'Epsom, potion sulf. quinine, 2 g., vingt sangsues, cat. et inj. émoll.)

Le 15. Le délire et l'agitation continuaient. Les muscles de l'avant-bras étaient le siége de contractions cloniques; le ventre offrait un météorisme outré; la respiration était costale, haletante; quelques bulles de rhoncus bronchiques se faisaient entendre à la région postérieure des deux poumons; l'asphyxie était menaçante ; les yeux étaient convulsés, les lèvres livides, la figure terreuse, le pouls filiforme, et la peau recouverte d'une sueur visqueuse et froide. Mort à neuf heures.

Autopsie trente heures après la mort. — Il n'existait pas de

trace du moindre épanchement dans la cavité péritonéale. Cette séreuse était recouverte d'une couche membraniforme dans toute l'étendue de sa surface viscérale, sur laquelle reposaient aussi plusieurs petits flocons mieux organisés. L'injection capillaire était extrêmement prononcée et générale. Quatre lymphatiques à gauche, deux à droite, gorgés de pus, accompagnent les veines ovariques sur un plan postérieur et externe. Ceux-ci s'arrêtent dans les premiers ganglions lombaires; ceux-là décrivent plusieurs courbes avant d'y arriver, remontent de ganglion en ganglion jusqu'au réservoir de Pecquet. De ces ganglions ramollis et infiltrés de pus part un lymphatique également suppuré qui se dirige en dehors vers l'hypochondre gauche. Les vaisseaux lymphatiques utérins sont volumineux et en plus grand nombre au col, sur les bords et aux angles de l'organe ; un seul se remarque sur le bas-fond, il se dirige obliquement dans la racine du ligament large. Trois d'entre eux offrent le volume d'une plume à écrire. Le col présente une déchirure anfractueuse et une ecchymose violacée à la surface interne. Cette cavité n'a, du reste, rien de particulier. Le sang est noir et poisseux ; le cœur droit contient deux caillots fibrineux, le cœur gauche contient un sang granuleux ressemblant à de la gelée de groseille mal cuite. L'endocarde est fortement violacé par suite d'imbibition. Il existe quelques cuillerées d'une sérosité citrine et quelques pseudomembranes récentes à la base des deux poumons. La pulpe cérébrale offre une légère injection ; les méninges paraissent un peu opaques, mais elles ne contiennent rien d'anormal.

— Nous trouvons ici un exemple de fièvre puerpérale sans cause bien appréciable. Dépend-elle des tranchées utérines qui sont survenues après l'accouchement? Est-ce l'infection, au contraire, qui a déterminé les accidents? Certes, il est possible que ces circonstances aient concouru pour quelque chose au développement de la maladie; mais nous croyons rationnel d'admettre en première ligne une cause plus générale, que nous appelons cause atmosphérique ou épidémique, et qui seule, comme nous l'indiquerons dans le résumé général, peut donner une explication satisfaisante des grandes épidémies.

Les phénomènes inflammatoires, quoique réels, étaient cependant, chez cette malade, moins tranchés que chez celle qui fait le sujet de l'observation IV. Aussi nous eûmes simplement recours à des saignées locales, pour ne pas trop l'affaiblir et lui permettre de résister avec plus de chances à la résorption purulente. En même temps que nous cherchions à combattre l'inflammation de l'utérus et du péritoine, nous tâchions, en

administrant le sulfate de quinine à haute dose, de soutenir les forces et d'agir peut-être plus directement sur le principe morbide. En dépit de cette médication, la maladie arriva, au bout de deux jours, à sa seconde période. Dans presque tous les cas, nous avons vu survenir à ce moment l'affaissement et la prostration, le plus souvent avec un délire calme, quelquefois même sans le moindre dérangement des fonctions intellectuelles. Mais chez cette malade éclata un délire furieux dont les caractères ont été rapportés ci-dessus, délire qui, comme chez la malade de notre première observation, sembla révulser l'inflammation du péritoine sur le cerveau, et empêcher ainsi tout épanchement dans la cavité de cette membrane. Nous trouvâmes tout simplement, à l'ouverture du cadavre, une légère couche pelliculeuse, comme floconneuse, tapissant toute la surface interne de la séreuse abdominale, sans qu'il y eût apparence d'un liquide quelconque. Cependant ce caractère, joint à l'injection du tissu cellulaire sous-jacent et aux symptômes constatés pendant la vie, nous suffit pour affirmer qu'il y avait eu péritonite. Ce délire, comment l'expliquer? A-t-il été le résultat d'une inflammation des méninges, ou bien n'a-t-il reconnu pour cause aucune lésion matérielle de cette partie? A la seconde période de l'angioleucite utérine, quand déjà il y avait altération du sang, le cerveau, se trouvant baigné par un liquide morbide, a pu en recevoir une impression désagréable, réagir contre, et occasionner les accidents cérébraux dont nous avons été témoin. C'est de cette manière que nous expliquons les désordres fonctionnels du système nerveux qui se manifestent souvent dans l'angioleucite, la phlébite, la fièvre typhoïde, etc., maladies qui ne sont presque jamais accompagnées de lésions appréciables dans les organes de la cavité crânienne. Cependant on conçoit sans peine qu'un liquide qui agit sur le cerveau comme corps étranger puisse facilement y devenir une cause d'irritation, et donner naissance à une véritable inflammation. La légère opacité de l'arachnoïde, malgré l'absence de toute trace d'épanchement, semblerait indiquer que, chez notre malade, les choses se sont ainsi passées. Nous ne refusons donc pas de croire à un arachnitis, mais à un arachnitis consécutif à l'intoxication du sang. Le délire, qui semble en avoir été la conséquence, parut se calmer sous l'influence d'un purgatif et de révulsifs placés aux extrémités inférieures; mais aucun symptôme rassurant ne se manifesta, et la mort survint assez rapidement.

Nous devons encore, dans cette observation, faire remarquer la disposition d'un vaisseau lymphatique suppuré, qui, partant

d'un des ganglions lombaires les plus inférieurs, se dirigeait vers la rate. Il nous a été impossible, malgré toutes nos recherches, d'arriver à connaître le point où il allait aboutir.

Obs. VI.—*Angioleucite utérine ; péritonite générale, abcès métastatiques.* — Madame X., âgée de 27 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, primipare, accoucha à la Maternité le 22 mai 1844. Depuis quelques mois, elle vivait de privations dans une petite chambre mal aérée, et cependant elle s'était parfaitement portée jusqu'à la dernière quinzaine de sa grossesse, qui fut marquée par un malaise général, des douleurs lombo-sacrées intermittentes, ayant le caractère nerveux. L'accouchement se fit naturellement ; mais le travail avait été pénible et avait traîné en longueur pendant trois jours. La délivrance ne fut pas sans difficultés, et quelques membranes, restées dans l'orifice du col, occasionnèrent une perte interne peu abondante et l'introduction de la main.

Au moment où la malade fut changée du lit, elle fut prise d'un tremblement violent, et depuis ce moment le ventre est resté sensible ; le pouls a été légèrement fébrile, la peau a été chaude.

Le 23, on donna un lavement qui occasionna une selle. Aucun traitement par ailleurs.

Le 24. Elle est apportée à l'Hôtel-Dieu, où nous la trouvâmes dans l'état suivant : figure exprimant la souffrance et l'anxiété, joues colorées, lèvres pâles, yeux vifs, respiration costale incomplète, soif vive, langue rouge au limbe, sale vers la base ; quelques nausées, abdomen extrêmement douloureux à la pression. Cette sensibilité est pour ainsi dire générale ; mais la malade la rapporte surtout à l'hypogastre. Il y a du météorisme et de la tension. La peau est chaude, le pouls vif, serré, régulier, fréquent (120). Les seins sont affaissés, les bruits du cœur normaux, les facultés intellectuelles intactes. (Diète, orge sucrée, 2 litres; saignée, 400 gr. ; 30 sangsues, injections et cataplasmes émollients, potion calomel, 2 gr.)

Le 25. Les sangsues ont tiré très-peu de sang ; une seconde saignée de 300 gr. est faite le soir. Toutes les deux sont recouvertes de points couenneux. Le météorisme a augmenté, la sensibilité abdominale et l'anxiété sont extrêmes, la respiration précipitée et plaintive ; la figure est encore colorée, mais les traits se concentrent ; la peau est chaude et aride, le pouls moins serré, plus fréquent que la veille. (Diète, orge sucrée, 30 sangsues, injections et cataplasmes émollients, potion calomel, 2 gr.)

Le 26. Il n'y a pas eu de selles, malgré l'administration du

calomel. L'anxiété et l'agitation se sont singulièrement accrues. On fait prendre dans l'après-midi une potion contenant 16 gr. d'essence de térébenthine, et l'on commence des frictions avec un liniment contenant 30 gr. de la même substance.

Le météorisme est à son comble ; le pouls est abdominal et bat 148 fois ; la face se grippe, la peau prend une teinte ictérique. Les nausées sont continuelles et parfois suivies de vomissements ; *plusieurs selles ont eu lieu.* (Bouillon, orge acidulée, potion avec essence de térébenthine 12 gr., liniment térébenthiné à 60 gr., demi-lavement térébenthiné à 8 gr., injections émollientes.)

Le 27. Les vomissements ont disparu ; mais les nausées persistent. La respiration est encore plus pénible ; les lèvres sont violacées : l'anxiété continue ; mais l'affaissement a remplacé l'agitation. Le pouls est petit, mou, d'une fréquence inappréciable. Un nouveau frisson se déclare, les traits se décomposent, les yeux s'excavent, une sueur visqueuse recouvre tout le corps. L'intelligence reste intacte. (Bouillon, orge acidulée, demi-lavement et liniment térébenthinés, injections émollientes.)

Le 28. Un frisson est survenu. La langue est encroûtée et fendillée, sèche, rouge à la pointe. La figure présente une altération des plus profondes; le pouls est à peine sensible ; les extrémités se refroidissent, et la malade succombe à dix heures du soir.

Autopsie onze heures après la mort. — Injection des mieux prononcées avec pointillé rouge sur le gros intestin, rougeur uniforme très-vive à la surface externe de l'intestin grêle, tissu cellulaire sous-séreux injecté, friable. Liquide trouble, sanguinolent, dans la cavité péritonéale ; quelques flocons dans l'excavation pelvienne. La surface viscérale de cette membrane est tapissée d'une légère couche pseudomembraneuse dans toute son étendue. Les intestins sont considérablement distendus par des gaz. Cinq ou six vaisseaux lymphatiques, de chaque côté, ayant pour la plupart le volume d'une moyenne plume de corbeau, annelés, remplis de pus, accompagnent les veines ovariques, décrivent plusieurs flexuosités sur le côté externe du muscle psoas, et peuvent être suivis jusque entre les piliers du diaphragme. Des ganglions lymphatiques lombaires partent quelques autres vaisseaux qui se portent obliquement en haut et en dehors dans les hypochondres. L'un d'eux remonte, flexueux, le long de la colonne vertébrale, pour aller se jeter dans la racine de la grande veine azygos.

L'utérus est volumineux, un peu flasque ; sa cavité offre un

aspect rouge-brunâtre, surtout au col, qui est le siége d'une petite déchirure, et recouvert, de même que la surface interne du vagin, d'une couche pultacée demi-liquide, exhalant une odeur infecte. Au point d'insertion du placenta, cette surface est mamelonnée, rougeâtre, sans ramollissement sensible.

Les lymphatiques malades sont nombreux dans cet organe; superficiels sur les côtés, entre le col et la base des ligaments larges, ils apparaissent à travers la séreuse qu'ils soulèvent de leurs renflements. Au niveau du col, un très-grand nombre sont profondément situés et suivent, pour la plupart, une marche transversale. On n'en remarque pas sur le bas-fond ni sur la partie attenante des faces. Les sinus veineux sont à l'état sain.

Le foie conserve son volume physiologique; il est un peu ramolli, offre quelques ecchymoses superficielles vers sa grosse tubérosité. La rate est ramollie, diffluente. Les reins sont également friables, et présentent une foule de points ecchymosiques. Il existe un léger emphysème et quelques plaques rouges de la muqueuse gastrique, un développement marqué des follicules de Brunner dans l'iléon, quelques cuillerées de sérosité rougeâtre dans le péricarde. Le sang des cavités cardiaques est noir, poisseux, fluide et demi-coagulé. Les poumons et les plèvres n'offrent aucune altération morbide.

— Cette observation nous paraît intéressante pour plusieurs raisons : la première est relative aux circonstances qui ont accompagné le début de la maladie, la seconde au traitement, la troisième enfin aux caractères anatomiques.

A la fin de mars 1844, la Maternité avait été fermée. Depuis cette époque jusqu'au 22 mai, trois ou quatre femmes seulement y avaient accouché, sans qu'aucune d'elles eût été atteinte de la fièvre puerpérale, et pendant ce laps de temps, on avait fait des réparations nombreuses: tous les moyens imaginables de propreté et de nettoiement avaient été mis en usage; de sorte qu'au moment où la malade qui fait le sujet de cette observation entra dans cet établissement, elle n'avait à craindre ni l'encombrement, ni l'infection, encore moins la contagion. Cependant des accidents graves devaient bientôt se manifester et se terminer par la mort. L'angioleucite utérine, en effet, sembla se déclarer immédiatement après l'accouchement; peut-être même existait-elle auparavant : la longueur et les difficultés du travail, la pression si longtemps continuée sur le col de l'utérus, étaient bien capables de déterminer un commencement d'irritation, que trahissait déjà une légère fréquence du pouls. La difficulté qu'on éprouva à faire contracter cet organe, après la délivrance, ne pouvait-

elle pas dépendre d'un état de phlogose qui, par sa nature, tend au contraire à augmenter le volume des organes qui en sont le siége ?

Après avoir cherché à combattre les symptômes inflammatoires à l'aide d'émissions sanguines, nous eûmes recours à une médication qui, pendant un certain temps, avait joui d'une réputation plus ou moins méritée : l'essence de térébenthine. Elle fut employée très-consciencieusement et avec le désir de la voir arriver à un résultat satisfaisant. Malheureusement la malade n'en a reçu aucune amélioration ; bien plus, nous avons pu constater une complication que nous n'avons rencontrée que dans les cas où nous avons mis en usage ce moyen thérapeutique. Ainsi, sentiment de chaleur à l'épigastre, langue sèche et fendillée, d'un rouge vif sur les bords, soif inextinguible, fréquence des vomissements, annonçaient une irritation de la muqueuse gastro-intestinale, ce que nous avons d'ailleurs vérifié par l'ouverture du cadavre. Malgré la gravité des accidents, cette malade a conservé toutes ses facultés intellectuelles jusqu'à ses derniers moments, qui ont été signalés par des frissons répétés. Remarquons que nous n'avons trouvé de pus que dans les vaisseaux lymphatiques et le tissu cellulaire ambiant ; que l'épanchement sanguin renfermé dans la cavité du péritoine et l'injection si prononcée de cette membrane sont parfaitement en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires qui ont caractérisé le développement d'une péritonite suraiguë. La surface interne du col était non-seulement ecchymosée, contuse, mais elle était aussi recouverte d'une couche pultacée d'une odeur infecte, et résultant en partie de l'inflammation développée en ce point. Les lymphatiques suppurés étaient en grand nombre, et cette disposition particulière dont nous avons déjà parlé n'a jamais été plus évidente. Ainsi, plusieurs de ces vaisseaux se dirigeaient des ganglions lombaires dans les hypochondres ; nous avons pu les suivre à des hauteurs variables à la faveur de l'injection purulente qui les remplissait : l'un d'eux a permis de le poursuivre jusque sur le foie. Il nous a été impossible de spécifier d'une manière précise les points où ils se sont définitivement rendus. Toujours est-il qu'il n'est pas rationnel d'admettre qu'ils aient abouti dans le canal thoracique, car ils auraient pris une direction toute différente de celle qu'ils affectaient. La même incertitude n'existe plus pour un autre très-volumineux, et que nous avons dit s'aboucher dans la veine azygos, attendu qu'à l'aide d'un stylet nous avons pu nous assurer d'une communication bien réelle entre ces deux vaisseaux. Cette observation nous fait voir de

plus que les abcès métastatiques peuvent se développer non-seulement dans les poumons, mais encore dans le foie et les reins.

Obs. VII. — *Angioleucite utérine; péritonite.* — P. V..., âgée de 23 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, domestique, ayant eu une grossesse heureuse, primipare, est entrée à la Maternité le 23 mai, où elle est accouchée naturellement après neuf heures de travail. C'est M. le professeur Godefroy, assisté d'une élève sage-femme, qui a fait l'accouchement. Aucun étudiant en médecine n'a approché cette malade.

Dans la nuit du 24 au 25, éclatent les premiers accidents. Un violent frisson, une réaction non moins intense, des douleurs profondes à la région sacrée avec retentissement à l'hypogastre, annoncent une fièvre puerpérale, dont l'existence ne peut rester douteuse après la connaissance des cas précédemment observés.

Le 25. Au moment de la visite, elle nous est apportée dans le service de la clinique. L'abdomen est sensible, ballonné dans ses deux tiers inférieurs, plus sensible cependant dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche. L'utérus est volumineux, remonte presque jusqu'à l'ombilic ; les lochies coulent à peine, les seins sont affaissés. La langue est large et humide, la soif très-vive; l'inappétence est complète ; point de vomissements, constipation. La figure est rouge, injectée, les yeux vifs, la peau chaude et brûlante, le pouls concentré, d'une grande fréquence (145) ; mais au milieu de ces symptômes réactionnels, les lèvres sont ternes et d'une pâleur remarquable, et la malade offre, par l'ensemble de son être, une sorte d'indifférence, d'affaissement caractéristiques. (Diète, orge s., cat. et inj. émoll., saignée 300 gr.)

Le 26. Le soir, aucune amélioration n'est survenue ; le pouls semble offrir un peu plus de résistance, il est toujours concentré. Une seconde saignée générale est faite. Il y a quelques instants de sommeil ; la sensibilité abdominale est moindre, mais par une pression modérée il est facile de s'apercevoir qu'elle n'a pas complètement disparu, surtout au niveau du bord latéral gauche de la matrice. La respiration est moins accélérée, elle est redevenue calme ; la face est toujours colorée ; le pouls a repris de la plénitude, il est moins fréquent (120). Absence de selles et de lochies. (Diète, orge s., potion calomel, 1 gr. ; sangsues, cat. et inj. émoll.)

Le 27. Dans la soirée, un violent frisson s'est déclaré ; il a duré une heure, et a été suivi d'une transpiratiou abondante qui a continué pendant plusieurs heures. La langue est sèche, rouge à la pointe, sale à la base ; point de nausées ; le ventre est plus

météorisé, plus tendu, la sensibilité plus étendue et plus marquée ; il y a eu plusieurs évacuations alvines. Le pouls conserve la même fréquence, il est moins développé. (Diète, orge acidulée, 20 sangsues, cat. et inj. émoll., bain.)

Le 28. Des selles copieuses sont survenues ; les sangsues ont produit un écoulement de sang abondant. Après le bain, la malade sent des bouffées de chaleur, elle accuse des coliques ; le soir, la physionomie exprime de la souffrance. Alors on administre un lavement avec 30 gr. de sulfate de soude, et on reprend le calomel à la dose de 2 gr. pour la potion. Selles nombreuses, sommeil assez calme.

Ce matin, le ventre est plus souple, à peine sensible, seulement à la pression ; la figure est moins colorée, la peau fraîche ; le pouls a perdu sa petitesse et sa concentration, il est moins fréquent (110). Il existe moins d'indifférence ; la salivation mercurielle s'est déclarée. (Bouillon, orge acidulée, 20 sangsues, cat. et inj. émoll.)

Le 29. Le sommeil est calme et prolongé ; la langue est humide ; l'abdomen n'est plus sensible qu'au niveau de l'utérus, il offre une grande souplesse. Le toucher vaginal est moins douloureux, la phlogose du col n'a pas encore totalement disparu ; du reste, cet organe a sensiblement diminué de volume. Le pouls donne encore plus de 104 pulsations. (Bouillon, orge acidulée, 20 sangsues, cat. et inj. émoll., bain.)

Le 30. L'état est à peu près le même que la veille ; cependant il y a quelques coliques, et la constipation paraît vouloir revenir. La soif est à peine marquée. (Bouillon, orge s. avec 40 gr. sulfate de soude pour 2 litres, cat. et inj. émoll.)

Le 31. On donne un bain au sortir duquel la malade est couverte d'une sueur abondante. L'utérus a considérablement perdu de son volume ; l'excavation pelvienne n'est pas tout à fait indolente à la pression. Le pouls donne 92 ; seins toujours affaissés, absence de règles. (Bouillon, orge s., cat. et inject.)

Le 2 juin. Les selles ont été très-nombreuses, liquides, et accompagnées d'une sorte de ténesme qui fatigue singulièrement la malade ; il existe de l'affaissement. Tout va bien d'ailleurs. (Bouillon, eau de riz s., cat. et inject.)

Le 5. Le dévoiement a presque entièrement disparu ; il n'y a plus ni ténesme, ni coliques ; il se fait par le vagin un écoulement d'un liquide blanchâtre assez abondant. La malade demande des aliments. (Bouillie de riz, eau de riz s., catap. et inject.)

A partir de cette époque, la convalescence prend une marche qui ne peut laisser aucun doute. Le pouls revient entièrement à

ses caractères normaux, et la malade sort enfin de cet état de crainte et d'étonnement tout particulier que l'amélioration des premiers jours n'a pu lui faire abandonner. Dès lors sa physionomie prend un air de gaieté, une expression toute nouvelle, et la guérison paraît complète. Mais, le 29 juin, la malade, à qui on a permis de quitter le lit quelques instants depuis quelques jours, ressent de la gêne, de la pesanteur et de l'endolorissement à la partie inférieure du ventre; il s'y joint un peu de malaise, un léger mouvement fébrile, de la constipation. (On diminue les aliments, on prescrit de l'orge miellée, un lavement, le repos au lit et des catapl. *loco dolenti.*)

Cet état de choses persiste jusqu'au 5 juillet. Ce jour, tous les signes certains d'un engorgement du ligament large gauche sont évidents. Ainsi, chaleur, douleur, tuméfaction circonscrite au niveau de cet organe. Deux applications de sangsues, des cataplasmes émollients, le repos au lit, l'entretien de la liberté du ventre, suffisent pour dissiper les accidents. Le 22 juillet, l'engorgement a disparu; il reste à peine un peu de pesanteur; la malade se lève : elle quitte l'hôpital dix jours plus tard.

— Avant d'entrer dans aucun détail sur cette observation, nous devons nous demander si nous avons eu réellement affaire à une angioleucite utérine compliquée de péritonite, ou tout simplement à une métro-péritonite. Quoique nous n'ayons eu aucun symptôme typhoïde bien marqué, nous avons cependant observé un ensemble de circonstances qui doivent faire tomber tous les doutes. Ainsi, la fréquence du pouls, sa résistance douteuse, la pâleur des lèvres, cette sorte d'indifférence toute spéciale, les douleurs lombaires, l'intensité et la répétition des frissons, l'hésitation de la maladie à s'améliorer, et sa tendance à la récrudescence, la coexistence d'une ovarite (complication qui a été constatée chez toutes les autres malades), sont autant de phénomènes qui plaident en faveur de l'angioleucite utérine, qui d'ailleurs n'a jamais manqué chez les accouchées atteintes de fièvre puerpérale pendant les épidémies de 1842 et 1844. Mais cette angioleucite n'était pas restée longtemps isolée ; elle avait été rapidement suivie de péritonite, puisque celle-ci était déjà fort avancée au moment où nous avons reçu cette malade dans le service de la clinique. Cependant cette double affection était encore à son début; il y avait à peine quelques heures qu'elle venait d'éclater : elle se trouvait donc dans les circonstances les plus favorables à l'action des antiphlogistiques. Aussi cette médication, employée avec hardiesse, a-t-elle arrêté presque subitement la maladie. C'était de cette manière qu'il fallait agir, car

si l'affection arrivait jamais à sa seconde période, toute thérapeutique devenait presque nécessairement inutile. Mais remarquons que le pouls, concentré tout d'abord, s'est relevé après les premières émissions sanguines, et nous a permis d'en continuer l'usage, et d'amener ainsi l'heureux résultat que faisait espérer une première amélioration. Nous n'avons pas seulement mis en usage les évacuations sanguines, nous avons eu recours aux bains et aux purgatifs, qui en constituent les accessoires presque indispensables. Voyez, en effet, combien grande a été leur utilité dans le cas actuel : les coliques, la constipation, ont disparu sous l'influence des derniers ; les premiers ont produit des sueurs abondantes, une sorte de crise qui a définitivement jugé la maladie. Nous avons administré le calomel et les sels neutres ; cependant le calomel serait peut-être préférable, si surtout, comme le disent quelques auteurs, il possédait, outre sa vertu purgative, une action spécifique, une action antiphlogistique. Nous avons également pu remarquer que les boissons acidules sont bien préférables aux boissons plus fades, que les malades ne peuvent généralement supporter, aussitôt que l'inflammation gagne la séreuse stomacale et provoque des nausées et des vomissements.

Les malades assez heureuses pour arriver à la guérison doivent prendre de grandes précautions pendant plusieurs jours après la disparition des accidents ; car, si quelque imprudence est commise, il pourra survenir un engorgement des ligaments larges, de l'ovaire, qui quelquefois se terminera par abcès. La malade qui fait le sujet de cette observation nous en a offert un exemple frappant. Nous avions constaté, au début des accidents, l'existence d'une ovarite du côté gauche : cette ovarite sembla complètement disparaître avec la péritonite et l'angioleucite ; mais la malade ayant quitté le lit beaucoup trop tôt, s'étant livrée à la marche, il survint de la douleur dans la fosse iliaque, la tumeur y reparut ; en un mot, nous eûmes une recrudescence qui n'offrit, à la vérité, rien de grave pour les jours de la malade, et qui pourtant nécessita de nouvelles précautions.

Nous avons pu remarquer dans trois des observations précédentes que, malgré l'apparition de la fièvre de lait, la maladie ne s'en était pas moins manifestée, et que la mort en avait été la conséquence. Ici, au contraire, la sécrétion laiteuse manque, et la guérison a lieu. Ce phénomène physiologique n'a donc aucune influence, aucune action sur le développement ou la marche des accidents de la fièvre puerpérale.

Dans un prochain numéro, nous donnerons la description de la maladie.

11. *Des principales causes de danger dans les accouchements;* par le docteur VIAL, chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne (Loire).

(Bulletin général de Thérapeutique, septembre 1845.)

Une manœuvre habile n'est pas la seule condition de succès dans les grandes opérations. Des soins hygiéniques bien entendus, le bon état des organes splanchniques, exercent alors une influence non moins puissante, lorsque le chirurgien sait se ménager ces précieux avantages. Cette vérité, consacrée en médecine opératoire, n'est pas moins fondée dans la science obstétricale. Son importance néanmoins ne me semble pas assez généralement établie. Aux yeux de beaucoup de monde, l'accouchement n'est qu'une opération mécanique, une fonction naturelle dont les suites doivent être nécessairement heureuses. En effet, le rôle de l'accoucheur est presque toujours celui d'un spectateur patient ; mais souvent encore son habileté sera mise à de rudes épreuves, quand il s'agira de prévenir ou de combattre certaines causes de danger. Les plus graves, sinon les plus fréquentes, sont à coup sûr les hémorrhagies, les convulsions et ces inflammations chroniques des grands viscères, silencieuses pendant la grossesse, mais que la moindre imprudence après l'accouchement réveille et fait surgir avec une intensité des plus violentes.

Hémorrhagies. — Il n'est pas toujours possible de prévenir une hémorrhagie ; mais on doit la craindre, si, dans l'opération du toucher, le doigt éprouve une sensation brûlante et développe une sensibilité plus ou moins vive ; si la malade accuse de la chaleur dans les reins, et si le pouls a de la force et de la fréquence. Les coliques alors sont pénibles : elles brisent, elles énervent, et le travail marche avec lenteur. L'expectation prolonge l'accouchement et dispose à une hémorrhagie consécutive. Une sédation marquée suit au contraire l'heureux emploi du bain et de la saignée : les douleurs se calment quand elles sont vraies. La dilatation du col, l'expulsion de l'enfant et la délivrance, se succèdent avec une promptitude merveilleuse, et tout accident ultérieur semble désormais impossible.

Une hémorrhagie d'autant plus dangereuse que l'art est impuissant à la prévenir, c'est celle produite par l'insertion du placenta sur le col utérin. Si l'insertion n'a lieu que sur un point de la circonférence, le sang coule d'abord, il est vrai ; mais le plus tôt possible on rompt la poche des eaux, la tête s'engage, établit une compression salutaire, et l'hémorrhagie cesse d'elle-

même. Il n'en est malheureusement pas ainsi lorsque l'arrière-faix est implanté sur toute l'étendue de l'orifice. Dans cette triste circonstance, la matrice ne s'ouvre que pour livrer passage à des flots de sang, et l'extraction du fœtus est la seule indication qui se présente à remplir. Si la femme a été mère plusieurs fois, la souplesse du col est plus grande, et l'introduction facile de la main augmente les chances de succès ; mais si la femme est primipare, le col a plus de raideur, et la manœuvre devient nécessairement plus laborieuse. Le chirurgien alors se trouve placé entre deux écueils : s'il agit avant une dilatation suffisante, il s'expose à échouer, ou bien il exerce trop de violence, et provoque des inflammations terribles que l'art ensuite ne réussit pas toujours à maîtriser. Si l'attente, au contraire, est trop prolongée, le sang coule toujours, et la faiblesse de la malade vous condamne souvent à la voir mourir entre les mains. L'état de l'orifice utérin, les forces de la patiente, doivent donc seuls diriger votre conduite. Saigner dans ces cas-là, comme je l'ai vu faire, me paraît une absurdité, un contre-sens sans nom. Autant vaudrait, à mon avis, ouvrir la veine pour suspendre une hémorrhagie artérielle. Le tampon ou la compression exercée en plaçant des linges très-serrés sur la vulve, et en rapprochant fortement les cuisses, sont les meilleurs moyens à mettre en usage. Le sang est ainsi retenu dans le vagin ; la présence des caillots sollicite les contractions utérines ; une dilatation convenable s'opère, et met l'homme de l'art dans la possibilité de terminer l'accouchement. Mais tout n'est pas fini avec l'expulsion de l'enfant : le sang peut couler encore, et quand même il est arrêté, la perte a été quelquefois si abondante, que les défaillances se renouvellent sans cesse ; la syncope les suit, et la mort est vite là, si des secours intelligents ne sont promptement administrés. Un seul alors est tout-puissant : c'est la compression de l'aorte abdominale ; elle supprime la perte et suspend la syncope. Les autres moyens sont utiles sans doute ; mais ils ne sont que des auxiliaires.

Une hémorrhagie plus fréquente que la précédente, heureusement aussi bien moins grave, est due à la formation et au séjour des caillots dans le vagin. Dans le meilleur accouchement possible, on la rencontre encore. Une fois délivrée, la femme rapproche les cuisses et les maintient soigneusement dans cette position, avec l'espérance de prévenir une perte trop abondante. Souvent c'est un mauvais calcul, et voici pourquoi : dans le rapprochement des cuisses, la vulve est en quelque sorte fermée et s'oppose au libre écoulement du sang, surtout si les

contractions utérines ne sont pas assez fortes pour lui faire franchir le vagin. Il s'arrête alors dans ce conduit, se coagule et forme bouchon. La cavité utérine se remplit à son tour, et la femme éprouve bien vite des bluettes, des tintements d'oreille, et tous les phénomènes qui caractérisent une perte interne. Une certaine fréquence du pouls, la pesanteur dans le fondement, l'état béant de l'orifice, sont les premiers symptômes qui préludent à ce grave accident. Leur apparition est pour moi un motif de méfiance : tant qu'ils persistent, je me tiens sur le qui-vive ; je suis rassuré dès qu'ils disparaissent. Instruit par l'expérience, je préviens la formation des caillots en favorisant l'issue du sang de la manière suivante : tandis que j'exerce de douces frictions sur le globe de la matrice, que je presse légèrement, de manière à porter son corps en arrière et son col en avant, je recommande à la malade de séparer les cuisses, de les maintenir fléchies sur le ventre, en lui faisant rapprocher les talons des fesses et soulever le bassin, comme si l'on voulait glisser un linge sous elle. Ce simple mouvement, exécuté surtout au moment où se manifestent les tranchées utérines, suffit pour faire évacuer les caillots sans le secours toujours douloureux de la main ; il est facile, et doit être renouvelé aussitôt que le malaise des reins, la pesanteur dans le fondement, veulent se reproduire. Une heure entière, ces précautions sont nécessaires ; passé ce temps, il n'y a plus d'inquiétude à concevoir.

Dans cette espèce d'hémorrhagie, les accidents se développent avec lenteur : l'homme de l'art peut les prévenir, ou du moins les combattre avec avantage. Mais après un travail de longue durée, la matrice, lassée, semble avoir perdu sa force contractile ; elle tombe dans une inertie funeste, et le sang s'épanche dans sa cavité, ou s'échappe au-dehors avec abondance. D'autres fois l'accouchement est si rapide, que l'utérus, surpris, oublie de revenir sur lui-même, et se laisse remplir par le sang. Dans cette occasion, il faut, autant que possible, veiller à ce que l'expulsion de l'enfant se fasse avec lenteur, retenir, pour ainsi dire, un moment dans le corps chaque partie du fœtus, attendre patiemment la sortie de l'arrière-faix, rechercher minutieusement si des lambeaux de membrane ne séjournent pas entre les lèvres de l'orifice utérin, et, par des frictions répétées sur l'hypogastre, provoquer le retour de la matrice sur elle-même.

Plus ou moins foudroyante, l'hémorrhagie s'annonce toujours par des tintements d'oreille, des bluettes, des défaillances, et la saillie du globe de l'utérus au-dessus du pubis. La première indication à remplir est de vider la matrice et le vagin des caillots

qu'ils peuvent contenir. A cette condition seule, les autres secours sont efficaces. En première ligne, je place la compression de l'aorte abdominale : une main l'exerce avec deux ou trois doigts appliqués sur la colonne vertébrale, tandis que l'autre sollicite les contractions de l'utérus, en agissant alternativement sur son corps par des frictions soutenues, et sur son col par des titillations légères. Pendant ces manœuvres, on promène la moutarde sur les membres supérieurs, sur les seins, entre les épaules ; on couvre les régions pubienne et vulvaire de linges trempés dans l'eau froide. On donne surtout à l'intérieur le seigle ergoté à la dose de 1 ou 2 grammes. L'action de ce médicament ne se fait guère sentir avant trente ou quarante minutes. Aussi la prudence exige-t-elle que la compression aortique soit maintenue tout ce temps-là. Il est essentiel, du reste, d'insister sur ces divers moyens, tant que le pouls conserve de la faiblesse et de la fréquence, tant que les tintements d'oreille ont de la disposition à revenir, tant que la matrice, resserrée, ne rentre pas dans le bassin. La persistance de ces phénomènes est un signe certain de l'imminence du danger.

Dans tous les cas, la compression de l'aorte est le moyen le plus puissant ; son application est toujours possible et souvent facile ; à lui seul il vaut tous les autres, il peut tous leur suppléer. La compression de l'artère suspend non-seulement la perte, elle prévient encore la syncope mortelle, presque inséparable d'une violente hémorrhagie. Celle qui accompagne l'accouchement dans lequel le placenta s'insère sur l'orifice utérin en est souvent un triste exemple. Les défaillances alors sont continuelles ; elles persistent même après la délivrance, quand la matrice est contractée, quand le sang ne coule plus. Eh bien ! ici, la compression aortique est le rappel à la vie. On suspend, j'en conviens, la circulation dans les régions sous-diaphragmatiques ; mais au moins le peu de sang qui reste, insuffisant pour remplir l'arbre artériel tout entier, est retenu dans les parties supérieures, et réussit à entretenir dans le cœur et le cerveau le degré de stimulation nécessaire à la vie. On n'insistera jamais assez sur les avantages immenses de cette pratique ; on ne saurait trop les publier. L'accoucheur porte toujours le remède avec lui : cette condition est de rigueur dans un danger imminent, et le galvanisme, malgré ses succès et son efficacité, est loin de la remplir d'une manière aussi heureuse.

Convulsions. — Moins fréquentes que les hémorrhagies, les convulsions ne sont pas moins redoutables. Une première grossesse, le développement considérable de l'abdomen, la distension

trop grande de l'utérus, l'œdématie des membres inférieurs, semblent y disposer d'une manière plus spéciale, ou du moins se rencontrent facilement chez les malades qui en sont affectées. Un embarras à la région épigastrique, la pesanteur de tête, des vertiges, des bluettes, la lassitude, des malaises, l'accablement, annoncent volontiers leur prochaine apparition. « Leur cause la plus ordinaire, dit le savant Chaussier, est dans l'estomac et la matrice. » Pour mon compte, je les ai toujours observées chez des femmes qui avaient à se reprocher l'ingestion intempestive d'aliments pendant le travail, ou chez celles dont les douleurs très-aiguës étaient aussi très-prolongées et sans résultat. La souffrance de la matrice ou de l'estomac, réagissant vivement sur le cerveau, donne l'explication facile de ces phénomènes.

On fait face aux symptômes précurseurs avec un régime doux, l'usage des bains et de la saignée. Pendant le travail, pour combattre la douleur et la rigidité du col, Chaussier recommande l'application directe de la pommade de belladone. Mais l'absorption étant plus active dans le rectum, un quart de lavement de même nature serait peut-être aussi utile et d'une administration plus commode. Le même professeur défend les antispasmodiques, le musc, la valériane, avec raison sans doute quand l'estomac irrité est le point de départ des accidents; mais dans toute autre condition, surtout après la saignée, ils ne peuvent qu'obtenir d'heureux effets.

Au moment de la crise, les secours ne seront jamais assez prompts, assez bien dirigés : si une forte saignée du bras est insuffisante, il faut rompre la poche des eaux et terminer l'accouchement. Le col, à peine ouvert, souvent alors se dilate avec une rapidité extraordinaire et permet toutes les manœuvres nécessaires. Malgré l'énergie de ces moyens, les convulsions parfois se soutiennent avec une ténacité extrême, et l'ouverture de la veine jugulaire ou de l'artère temporale alors en a seule triomphé. Il y a peu de jours encore, j'ai dû un beau succès à cette médecine hardie, mais rationnelle.

En présence d'une femme en proie à des convulsions, je doute qu'il soit bien dans son intérêt de faire de la théorie, et de décider si elles sont tétaniques, hystériques, choréiques, etc. : une chose est plus urgente, plus impérieuse, c'est le salut de la patiente. Il y a congestion cérébrale, et, jusqu'à ce jour, les saignées, les révulsifs et la terminaison de l'accouchement sont encore les moyens les plus sûrs de la détruire et de sauver la malade.

(La suite à un prochain numéro.)

12. *De la résistance du plancher du bassin, et de la conduite à suivre dans ces sortes de cas.* — Hôpital des Cliniques. M. Cazeaux, suppléant.

(Gazette des Hôpitaux, Nos 120 et 123.)

Parmi les femmes accouchées depuis deux mois à la Clinique, il en est trois dont l'accouchement n'a pu se terminer spontanément, et chez lesquelles la lenteur excessive du travail a nécessité l'application du forceps. Toutes les trois pourtant, jeunes, fortes et bien conformées, semblaient, dès le début, faire espérer une terminaison heureuse et naturelle, et chez toutes les trois, la résistance trop considérable du plancher du bassin a rendu impuissants tous les efforts de la matrice.

C'est, en effet, là une cause des plus fréquentes de dystocie que cette résistance des parties molles à la distension qu'elles doivent subir, et nous ne devons pas être étonnés d'en observer, dans cet hôpital, de nombreux exemples. Sur dix applications de forceps, neuf au moins sont faites pour remédier à cette difficulté, et vous n'accoucherez pas un grand nombre de primipares sans la rencontrer.

La fréquence de cette complication m'engage donc à profiter de trois faits que nous avons eu occasion d'observer pour vous soumettre quelques observations sur lesquelles, à mon avis, la plupart des auteurs n'ont pas insisté. Mais d'abord les faits.

Obs. I. — La nommée Molière, âgée de vingt-cinq ans, primipare, d'une bonne constitution, et dont le bassin est bien conformé, fut admise à la salle d'accouchement le 12 juillet 1845 à cinq heures du matin. Déjà elle souffrait depuis la veille : dès neuf heures du soir, les douleurs, bien régulières, s'étaient manifestées, avaient duré toute la nuit, en se reproduisant avec énergie toutes les cinq à dix minutes. A son arrivée à la salle d'accouchement, le col offrait à peine deux centimètres de diamètre dans son ouverture ; les membranes étaient intactes, et on put constater une position occipito-iliaque droite postérieure. A cinq heures et demie, les membranes se rompirent spontanément, et il s'écoula un verre à peu près de liquide amniotique. Malgré des douleurs assez vives, mais peu rapprochées, la dilatation ne fut complète qu'à deux heures du soir. A dater de ce moment, la tête descendit peu à peu jusque sur le plancher du bassin ; elle reposait, à trois heures, sur les muscles du périnée. Les contractions furent d'abord assez énergiques ; mais la femme les aidant peu, la tête ne faisait aucun progrès. Bientôt les douleurs devinrent plus faibles et plus rares, et à cinq heures la

sage-femme jugea convenable de réveiller l'action de l'utérus par l'administration du seigle ergoté. Deux grammes furent donnés en trois fois : la première dose fut prise par la malade à cinq heures et quart, la troisième à cinq heures trois quarts.

Ce médicament eut un effet très-marqué et assez prompt : les douleurs se réveillèrent avec cette continuité et cette intensité propres aux contractions ergotées ; mais malgré les efforts volontaires de la femme, qui lui venait en aide, toute l'énergie expulsive de l'utérus ne put parvenir à chasser la tête à l'extérieur.

A six heures et demie seulement, on songea à faire prévenir le chef de service, et il était huit heures quand MM. Cazeaux et Devilliers arrivèrent auprès de la malade.

Ils constatèrent alors :

1° Que la tête, appuyée sur le plancher du bassin, avait exécuté son mouvement de rotation, et que la position occipito-iliaque droite s'était convertie en occipito-pubienne ;

2° Qu'une tuméfaction assez considérable existait sur le cuir chevelu ;

3° Que les battements du cœur, dont l'intégrité et la régularité avaient été nettement constatées avant l'administration du seigle ergoté, avaient complètement cessé ;

4° Qu'enfin, les contractions, assez énergiques encore, venaient se briser contre une résistance insurmontable.

L'introduction du forceps fut faite sans difficulté par M. Devilliers, chef de clinique. Les cuillers furent placées à la fois sur les côtés de la tête et du bassin ; leur articulation fut des plus simples, et après quelques légères tractions faites en relevant légèrement les branches au-devant de la symphyse des pubis, l'utérus parut reprendre toute son énergie, et ses contractions, dont toute la violence, excitée par l'ergot, avait été inutile, suffirent pour opérer à la fois le dégagement de la tête et du forceps.

L'enfant était mort : il pesait 3,300 grammes ; sa longueur totale était de 50 centimètres. Les diamètres de la tête étaient les suivants : occipito-frontal, 11 centimètres ; occipito-mentonnier, 13 centimètres et demi ; bi-pariétal, 9 centimètres ; sous-occipito-bregmatique, 9 centimètres.

Obs. II. — La nommée Jacques, âgée de dix-huit ans, primipare, d'une forte constitution et d'une conformation très-régulière, fut prise des premières douleurs de l'enfantement le 5 août 1845, à cinq heures du matin. Les contractions, très-régulières, déterminèrent la rupture des membranes à deux heures le même jour : elles persistèrent toute la nuit ; mais, malgré leur

énergie, la dilatation du col ne fut complète qn'à neuf heures du matin, le 6.

A dater de ce moment, la tête descendit rapidement dans l'excavation, et une demi-heure après, elle reposait sur le plancher du bassin, encore en position occipito-iliaque droite postérieure. La pression exercée par la tête sur le périnée sembla activer les douleurs, qu'aidaient un peu les efforts volontaires de la femme ; mais malgré cette énergie d'action, aucun progrès ne put être constaté dans la marche de la tête, qui opéra pourtant un mouvement incomplet de rotation, mouvement par suite duquel l'occiput, primitivement en arrière et à droite, était venu se placer en avant du même côté. A une heure et demie, nous retrouvâmes les choses dans le même état ; mais la femme, épuisée par trente-trois heures de souffrances, demandait avec instance d'être délivrée. D'un autre côté, le temps écoulé depuis la rupture des membranes nous faisait tout naturellement craindre pour la vie du fœtus, malgré les renseignements favorables fournis par l'auscultation. Après avoir constaté pendant une demi-heure encore l'insuffisance des efforts de la nature, le forceps fut appliqué. Son introduction, son articulation, n'offrirent aucune difficulté, et il suffit de tirer légèrement sur la tête en relevant un peu l'instrument au-devant des pubis, pour voir tout le mouvement d'extension ou de dégagement s'opérer spontanément. Impuissantes juque-là, les contractions devinrent efficaces dès que par cette manœuvre on eut placé la tête dans des conditions plus favorables à leur action.

Le fœtus était vivant, et offrait une hémiplégie faciale du côté droit. Il pesait 3,700 grammes, et avait une longueur de 50 centimètres.

Les diamètres de la tête étaient : occipito-frontal, 12 $^1/_2$ centimètres ; occipito-mentonnier, 14 ; bi-pariétal 9 $^1/_2$; sous-occipito-bregmatique 9 $^1/_2$.

Après l'accouchement, l'utérus ne revint qu'incomplètement sur lui-même ; et pendant que nous nous occupions de l'enfant, cette inertie incomplète devint la cause d'une perte assez abondante. Après l'extraction du placenta, les frictions abdominales et les excitations exercées sur le col sollicitèrent la rétraction des fibres utérines ; mais l'utérus paraissant conserver une tendance au relâchement, on administra de suite 2 grammes de seigle ergoté, qui ramenèrent la contractilité de tissu, et l'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

Ces deux femmes se rétablirent et sortirent guéries de l'hôpital. Il en est de même de la troisième, chez laquelle le travail offrit

les mêmes difficultés et nécessita encore l'application du forceps. Les détails étant les mêmes, je crois devoir les passer sous silence. Seulement, je rappellerai que chez elle l'utérus parut jusqu'à la fin conserver toute son énergie, et que les contractions, après une lutte de six heures, pendant lesquelles la tête, fortement pressée contre le plancher du bassin, ne put parvenir à se dégager, étaient aussi fortes, aussi rapprochées qu'au début du travail. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette particularité.

Ainsi que je l'ai déjà dit, dans ces trois cas, la résistance offerte par les parties molles du canal pelvien a été la seule cause de la lenteur excessive du travail. Puisque cette expression de lenteur du travail nous est échappée, il importe de préciser le sens qu'on doit lui donner; car je me suis souvent aperçu que les jeunes praticiens ne savaient pas au juste à quoi s'en tenir sur ce point.

Le travail de l'accouchement comprend, comme l'on sait, deux périodes bien distinctes : la première, pendant laquelle s'opère la dilatation du col, est appelée période de *dilatation* ou de *préparation*; la seconde, pendant laquelle l'utérus travaille à se débarrasser du corps étranger qu'il renferme, est la période d'*expulsion*. Dans l'accouchement normal, la durée de la première est à celle de la seconde comme 2 ou 3 sont à 1. Ainsi, chez une femme primipare, dont le travail dure, en général, douze heures, huit à neuf heures seront employées à dilater le col, et trois à quatre suffiront à compléter l'expulsion du fœtus. Eh bien, quand ce travail se prolonge au delà des limites normales, il est très-important de distinguer celle de ces périodes sur laquelle porte la lenteur excessive; car cette distinction doit influer beaucoup sur la détermination de l'accoucheur, et surtout sur le moment auquel il devra intervenir.

La première période, en effet, peut se prolonger vingt, trente, quarante et même soixante heures, sans qu'il en résulte aucun danger pour la mère, et sans que la vie du fœtus soit en rien compromise. Mais la seconde, au contraire, ne peut dépasser certaines limites sans porter une fâcheuse atteinte à la santé et même à la vie des deux individus.

Ainsi, tant que les membranes ne sont pas rompues, les eaux écoulées, le fœtus n'a à supporter aucune compression, et les rapports utéro-placentaires conserveront à peu près toute leur intégrité; et, d'un autre côté, sauf une grande fatigue causée surtout par la privation de sommeil, et, chez les femmes nerveuses, une grande irritabilité, un effroi difficile à calmer, un

découragement considérable pour la mère, il ne résulte aucun inconvénient sérieux.

Mais lorsque, après l'écoulement plus ou moins complet du liquide amniotique, la période d'expulsion se prolonge au delà de six, huit ou dix heures, il est bien rare que la compression exercée sur le fœtus par les parois utérines rétractées, l'aplatissement plus ou moins prolongé du cordon ombilical, le décollement partiel du placenta, ne compromettent gravement la vie fœtale. Quant à la mère, indépendamment des lésions dont peuvent être le siége l'utérus et les organes voisins, lésions qui, dans les cas les plus heureux, laissent souvent après elles des infirmités dégoûtantes, l'on sait combien sont plus fréquentes alors les inflammations consécutives et la fièvre puerpérale.

Au point de vue du pronostic, il n'y a donc pas de comparaison à établir entre les deux circonstances que nous venons de distinguer. De là découle nécessairement une indication très-importante en pratique : c'est que si, dans la plupart des cas, on peut sans inconvénient laisser se prolonger la première période, il n'en est pas de même de la seconde : aussi voit-on que cinq ou six heures après la dilatation complète du col, l'engagement et la descente de la tête dans l'excavation, nous avons cru devoir intervenir.

J'arrive maintenant aux observations que nous avons faites chez les trois femmes accouchées à la Clinique.

Je l'ai déjà dit : il est très-fréquent, surtout chez les primipares fortes et bien musclées, ou douées d'un grand embonpoint, de voir le travail marcher d'abord bien régulièrement, la tête franchir le col, descendre dans l'excavation jusqu'à ce qu'elle repose sur le plancher du bassin, puis tout à coup son mouvement de progression être suspendu. Les efforts utérins luttent d'abord avec énergie ; mais malgré leur violence, la tête peut rester là pendant longtemps sans avancer d'un millimètre. Cette résistance du périnée est évidemment due alors à la contraction trop violente des muscles qui entrent dans sa composition, ou à la présence d'une trop grande quantité de tissu adipeux qui rend cette partie du bassin trop peu extensible pour permettre le dégagement de la tête.

Quelle que soit la cause de cette résistance, elle agit sur la marche ultérieure du travail de deux manières bien différentes, et qu'il est très-important de distinguer dans la pratique ; car elles nécessitent l'emploi de deux moyens tout opposés.

Ainsi, quelquefois la contraction, d'abord forte et énergique, se soutient au même degré pendant quelques heures ; puis enfin,

vaincue par une résistance qu'elle ne peut surmonter, elle s'affaiblit, devient moins fréquente, et même cesse complètement. L'indication est facile à saisir : chercher à réveiller les contractions en faisant marcher la femme, en frictionnant l'abdomen et titillant le col utérin, en donnant le seigle ergoté, puis enfin appliquer le forceps si ces moyens étaient infructueux ; telle est la règle de conduite.

Mais un cas tout différent peut se rencontrer : il peut arriver que, malgré la lutte qu'elles ont eu à supporter, les contractions se soutiennent encore avec autant de force, de régularité, de fréquence qu'au début du travail ; seulement, malgré leur violence, elles sont encore impuissantes à opérer l'expulsion de la tête : en un mot, l'utérus fait tout ce qu'il peut faire ; mais tous ses efforts viennent se briser contre un obstacle insurmontable. On conçoit que dans ce dernier cas il faut bien se garder d'employer les moyens propres à activer les contractions. L'ergot serait surtout nuisible, car c'est alors qu'il mériterait tous les reproches mis en avant par ses détracteurs, en donnant aux contractions, jusqu'alors régulières et normales, ce caractère de douleurs tétaniques, cette continuité d'action si compromettante pour la vie du fœtus, et si souvent suivie d'une rupture de la matrice, presque toujours mortelle pour la mère.

Ce ne serait donc pas sans danger qu'on voudrait augmenter les efforts auxquels se livre la femme ; et loin de chercher à exciter des contractions plus énergiques, l'accoucheur doit seulement, par des tractions bien dirigées, venir en aide à celles qui existent. L'application du forceps est évidemment ici la seule ressource.

Pour mieux faire comprendre cette distinction, que nous croyons très-importante en pratique, nous supposons deux femmes en travail : chez toutes deux, la tête du fœtus, bien conformée, et en position favorable, repose sur le plancher du bassin depuis six à sept heures. Chez l'une, les contractions, d'abord fortes et fréquentes, sont devenues peu à peu faibles et rares, ou même ont complètement cessé ; chez l'autre, au contraire, elles conservent encore toute leur énergie : chez celle-ci, nous appliquerons de suite le forceps ; chez celle-là, nous aurons recours d'abord aux moyens propres à réveiller l'action de la matrice : le forceps ne sera définitivement employé qu'autant que ces excitations seront demeurées sans résultat.

L'insuffisance des douleurs ergotées elles-mêmes n'est pas un fait très-rare dans cette circonstance ; mais alors même qu'on est obligé d'en venir plus tard à l'application du forceps, l'adminis-

tration préalable du seigle ergoté aura encore été utile. Le forceps sera alors appliqué, en effet, dans des conditions beaucoup plus favorables ; car les contractions dues à l'ergot aideront l'action de l'instrument, et surtout préviendront l'inertie consécutive de la matrice ; inertie à laquelle la femme aurait été exposée si l'instrument avait été appliqué avant d'avoir suffisamment réveillé la contractilité de tissu.

Ainsi, chez la seconde femme dont nous avons rapporté l'observation, nous avons vu que peu de temps après l'extraction de l'enfant, la malade perdit une assez grande quantité de sang ; et bien qu'au moment où nous nous décidâmes à intervenir, l'action de la matrice fût encore assez énergique, l'organe fatigué, et pour ainsi dire surpris par une déplétion trop brusque, resta relâché, et nous fit regretter de n'avoir pas donné quelques doses de ce médicament. Heureusement que ce nouvel accident fut combattu avec succès.

C'est pour n'avoir pas assez nettement distingué les cas dans lesquels le seigle ergoté peut être employé avec avantage, de ceux où il devient un médicament dangereux, que quelques auteurs ont eu le tort de le proscrire complètement de la pratique. Les armes dangereuses doivent être remises en main sûre, et, loin de les briser, il faut apprendre à s'en servir ; et pour ne parler que du cas qui nous occupe, nous sommes convaincu que, sagement administré, l'ergot peut rendre d'éminents services.

Il ne faut pas croire pourtant que tout soit fini après l'emploi de ce médicament : nous l'avons dit, les contractions qu'il détermine ne suffisent pas toujours à la terminaison du travail. Alors il ne reste plus évidemment que le forceps ; mais à quel moment convient-il de l'employer ? Faut-il laisser s'épuiser les contractions ergotées ? Combien de temps peut-on attendre sans danger ? Pour prévenir autant que possible les résultats fâcheux auxquels les contractions ergotées prolongées exposent la mère et le fœtus, voici la conduite que nous croyons la plus sage :

Lorsque, la tête étant dans les conditions déjà indiquées, les douleurs dues à l'ergot de seigle durent depuis trois quarts d'heure ou une heure au plus, et n'ont pas eu d'influence sur la descente du fœtus, nous pensons qu'il est prudent d'appliquer le forceps. Il est inutile de dire que pendant cette expectation on surveillera l'état des pulsations fœtales, et que l'affaiblissement ou l'irrégularité des battements du cœur devrait déterminer une intervention immédiate.

Notre première observation semble venir tout exprès pour confirmer la justesse de cette dernière réflexion, et nous recom-

mandons de ne pas imiter la conduite des personnes qui avant nous étaient auprès de la femme. Elles auraient dû nous faire prévenir avant d'administrer le seigle ergoté, pour pouvoir agir en cas d'insuffisance des contractions provoquées par ce médicament. M. Devilliers et moi ne pûmes arriver à la salle que plus de deux heures après l'administration de l'ergot, et déjà les battements du cœur avaient cessé de se faire entendre. Lorsque, en pareille occurrence, on se décide à administrer ce médicament, il faut être tout prêt à intervenir d'une manière plus active.

Il me reste à revenir sur une autre particularité que l'on a pu observer dans ces trois cas. On aura été particulièrement étonné de la facilité avec laquelle fut opérée l'extraction de la tête ; eh bien ! il ne faut pas croire que cela soit exceptionnel. Tous les accoucheurs qui ont eu de fréquentes occasions d'appliquer le forceps dans cette circonstance, ont dû être frappés, comme je l'ai été moi-même, du peu d'efforts qu'il est alors nécessaire d'exercer pour opérer le dégagement. Souvent, en effet, comme dans la troisième observation, la tête est arrêtée depuis longtemps, malgré les douleurs les plus énergiques; tous les efforts utérins sont venus se briser contre cette prétendue résistance des parties molles ; il semble que, puisque des contractions énergiques et longtemps continuées ont été infructueuses, l'homme de l'art doive, en s'armant de l'instrument, se croire obligé à pratiquer de violentes tractions; et cependant, on l'a vu, à peine quelques légers efforts sont-ils exercés, que cette grande résistance semble céder tout à coup : les contractions utérines, si longtemps impuissantes, suffisent désormais, et l'on voit bientôt la femme chasser en même temps à l'extérieur et la tête et l'instrument.

Certes, il en serait tout autrement si la cause de l'arrêt de la tête avait été tout entière dans un périnée trop résistant; on sait trop bien quels efforts il faut employer dans des cas où des brides, des cicatrices vicieuses ont détruit l'extensibilité de cette région.

Sans doute, la résistance du plancher du bassin est la cause première des difficultés ; mais elle est loin d'être la difficulté tout entière. Voici, à mon avis, comment les choses se passent.

Lorsque la tête, poussée par les contractions utérines, arrive sur le plancher du bassin, elle est déjà assez fortement fléchie ; mais vous comprendrez facilement que cet état de flexion augmentera d'autant plus que la contraction sera plus violente et le périnée plus résistant, car cette tête, placée entre deux

forces opposées, devra nécessairement se fléchir autant que possible sur le devant de la poitrine. Eh bien, c'est une flexion exagérée qui devient le plus grand obstacle à son dégagement spontané.

Dans cette position, en effet, la ligne rachidienne vient directement aboutir à l'occiput, et tout l'effort expulseur transmis par elle tend à abaisser la partie postérieure du crâne, et par conséquent à augmenter encore la flexion de la tête; or, *c'est par un mouvement d'extension seulement que son dégagement peut s'opérer* (1).

Toute l'énergie des efforts expulseurs augmente donc la difficulté. Que fait alors le forceps? Son action est toute simple : dès les premières tractions, qu'il faut pratiquer alors en relevant un peu les branches au-devant des pubis, il défléchit la tête et la place dans une position plus favorable, relativement au rachis, en abaissant le menton, qui devient presque perpendiculaire à la tige rachidienne, et rend ainsi aux contractions toute leur efficacité; aussi suffisent-elles ensuite à la complète terminaison du travail.

On le voit donc : la résistance du périnée est sans doute la cause première de l'arrêt de la tête; mais, dans l'immense majorité des cas, elle n'agit qu'en produisant une flexion exagérée de la tête : dès que celle-ci existe, elle constitue à elle seule presque toute la difficulté; la preuve se trouve tout naturellement dans la facilité et la promptitude avec lesquelles l'accouchement se termine, après que les premières et légères tractions exercées par l'instrument ont opéré un commencement d'extension.

Il est quelques cas pourtant dans lesquels l'étroitesse de la vulve, la vive résistance offerte par la partie la plus antérieure du périnée, constituent réellement le seul obstacle au dégagement de la tête. On peut voir alors très-manifestement, pendant la contraction, le périnée bomber, la vulve s'entr'ouvrir, puis la cloison périnéale, se rétractant, forcer la tête à rentrer pour ainsi dire dans l'excavation.

Ces mouvements de progression et de retrait de la tête peuvent durer longtemps, et la lutte qui s'établit alors entre la résistance et la force expulsive plonger la femme dans une surexcitation telle qu'on peut craindre l'invasion d'un accès convulsif. L'application du forceps peut-être quelquefois nécessaire; mais si on l'emploie alors, comme j'ai eu l'occasion de le faire tout récemment encore chez une de mes clientes, on verra que l'on

(1) *Voyez*, pour de plus amples détails, *Mécanisme de l'Accouchement naturel* (Traité d'accouchements), par P. Cazeaux; 2e édition. Bruxelles, 1845.

ne pourra pas se contenter de quelques légères tractions; on sera obligé alors de tirer avec assez de force, et de continuer ces tractions jusqu'au complet dégagement de la tête; car, loin de diminuer par l'extension de la tête, les résistances augmentent à mesure que sa plus grande circonférence tend à franchir l'anneau vulvaire.

---

13. *Du prolapsus utérin et des pessaires.*

(Annales de Thérapeutique de Rognetta, octobre 1845.)

Une question fondamentale se présente tout d'abord, elle concerne la nature de l'infirmité elle-même contre laquelle l'usage des pessaires est réclamé. On doit rejeter complètement, de nos jours, la doctrine des anciens, qui regardaient l'hystéroptose comme l'effet d'un relâchement des ligaments utérins. On sait effectivement que le soutien principal de l'utérus, c'est le vagin. Ce canal constitue, à l'état normal, une sorte de colonne charnue, solide, par le rapprochement de ses parois, par les plis multiples de sa muqueuse, par les tissus fibro-celluleux qui l'entourent, par le plancher fibro-musculaire du périnée qui lui sert de base. Les ligaments larges contribuent également sans doute pour leur part à cette fixation; mais ce sont là plutôt des espèces de ponts destinés à la conductibilité des vaisseaux et des nerfs, que de véritables soutiens; et la preuve, c'est que du moment où le vagin perd sa condition d'érectilité, c'est-à-dire qu'il se relâche, qu'il cesse de soutenir la matrice, celle-ci descend, les ligaments se laissent distendre, et leurs vaisseaux s'aplatissent en s'allongeant à leur tour. Par suite de cette descente, l'utérus s'engorge, devient pesant, leucorrhéique, et plus ou moins douloureux, soit parce que sa circulation veineuse ne s'accomplit qu'imparfaitement à travers les ligaments larges, soit encore (ce qui semble plus rationnel) parce que l'organe a perdu ses rapports anatomiques naturels. Il se passe ici évidemment les mêmes phénomènes qu'on observe sur un œil prolapsé, luxé et abandonné sur la joue : il se congestionne et s'hypertrophie. Le même fait est rencontré dans les os et même sur les organes parenchymateux qui ont perdu les téguments et les autres tissus qui les couvraient et les comprimaient. Il résulte de là que l'état congestif dans lequel on rencontre l'utérus prolapsé est un effet plutôt qu'une cause du déplacement; ce qui n'empêche d'ailleurs pas la préexistence de la congestion quelquefois : mais, nous le répétons, ce n'est pas là la cause de l'hystéroptose, et la preuve, c'est que la grossesse, les corps fibreux, la rétention menstruelle, l'hydrométrie, les métrites chroniques, font au contraire remonter la matrice. On

n'ignore pas d'ailleurs que la réduction fait disparaître l'engorgement en question.

Les études les mieux approfondies sur cette question étiologique conduisent à cette conséquence : que la source, la condition fondamentale du prolapsus utérin est dans le ramollissement, dans l'élargissement, dans le relâchement du vagin, qui dès lors se laisse affaisser par la matrice, sous l'impulsion de la gravité naturelle des viscères supérieurs et des contractions brusques des muscles abdominaux et diaphragmatiques. Ce qui confirme d'un premier coup d'œil cette doctrine, c'est que le déplacement ne se rencontre ordinairement que chez les femmes d'âge mûr, qui ont fait des enfants, dont le vagin par conséquent a subi des dilatations répétées, et principalement chez celles qui ont été longtemps sujettes à des métro-vaginites, source de leucorrhée et par conséquent de ramollissement, de relâchement de la muqueuse. Ne voit-on pas le même prolapsus inhérent à des phlogoses sourdes au rectum, chez des sujets hémorrhoïdaires, chez les enfants dont les viscères pelviens sont irrités, enflammés chroniquement par des diarrhées, par la pierre vésicale, etc. ? La muqueuse se boursouffle, se ramollit, se laisse entraîner ; et si les tissus musculo-séreux de l'intestin participent à ce travail, ils se laissent déplacer à leur tour avec la muqueuse elle-même : de là des invaginations, etc. On comprend déjà pourquoi l'hystéroptose est excessivement rare chez les jeunes filles, chez les demoiselles qui, quoique âgées, n'ont pas eu de rapports sexuels, et peu fréquente chez la femme qui n'a point fait d'enfants ni eu de vaginites répétées. Il résulte de ce qui précède que la médication véritable de l'infirmité doit avoir pour indication fondamentale le rétablissement de l'intégrité de la force de sustentation du vagin. Mais comment redonner à ce canal, déjà déplissé, élargi, distendu, ramolli, sa consistance primitive ? C'est là toute la question. Aussi la guérison radicale en est-elle si difficile lorsque le prolapsus est complet. Or, que peuvent les pessaires contre un pareil état de choses ? Rien absolument. Il y a plus : ils sont presque constamment nuisibles, par la raison que leur présence entretient ou augmente la condition pathologique du prolapsus, l'irritation du vagin, les fleurs blanches, le ramollissement du canal vulvo-utérin. Autant nous étions autrefois partisan des pessaires, autant nous les proscrivons aujourd'hui, l'expérience et les nouvelles études dynamiques nous ayant mieux éclairé à cet égard. Il ne s'ensuit pas qu'on ne doit pas traiter la descente utérine : au contraire ; mais, nous le répétons, la question est de savoir quelle est la meilleure méthode à cet égard.

On a dernièrement beaucoup discuté à l'Académie de médecine sur la bonté des pessaires, à l'occasion d'un appareil de M. Bergeron, orthopédiste, et destiné à remplacer cet instrument (1). Cet appareil n'est autre qu'un véritable pessaire fongiforme, dont la tige est métallique, courbe, et fixée à un brayer ordinaire. Le brayer est autour du bassin ; la tige, qui représente une sorte de ruban métallique, part de derrière, du sacrum, vient en avant en passant par le périnée, et soutient par son élasticité la cuvette introduite dans le vagin. Nous avions fait faire nous-même, il y a une dixaine d'années, des pessaires construits *exactement* de la même manière, et nous avons dû y renoncer, par la raison que leur usage est extrêmement gênant, salissant, irritant, peu en harmonie avec les besoins fonctionnels. Peu de femmes le tolèrent. La discussion de l'Académie n'a abouti malheureusement qu'à sanctionner une erreur. M. Roux est le seul, à notre avis, qui ait bien vu dans cette discussion ; il a rejeté indistinctement les pessaires, pour ne recommander que l'usage d'une éponge, dont les effets offrent beaucoup moins d'inconvénients que les instruments précédents, ainsi que nous le verrons.

Il s'est passé dans une autre Société savante (Société médicale de Bordeaux) une discussion plus sérieuse sur le prolapsus utérin, à l'occasion d'un fait présenté par M. Chaumet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville. Il s'agit d'une femme âgée de 34 ans, qui, pour guérir d'une chute complète de la matrice, a subi à la fois, et en une seule séance, la résection du col de cet organe, dans l'étendue de 40 millim., dans le but, dit l'auteur, de diminuer le poids de l'utérus, et l'excision longitudinale d'une partie du vagin, suivie de suture, dans l'intention de rétrécir ce canal. Après des pansements longs et délicats, et un séjour de cinq mois à l'hôpital, cette femme a fini par guérir ; ses règles sont revenues, le vagin est resté rétréci et la matrice haute. Une commission composée de MM. Brulatour, Dubrueil et Barnetch, a constaté la guérison et donné son approbation à la pratique précédente. M. le docteur Costes, M. Burguet, membres de cette Société, ont approuvé à leur tour l'opération. L'opinion professée dans cette discussion a été celle-ci : « que les prolapsus utérins sont dus à une seule cause, savoir, l'hypertrophie, l'engorgement de cet organe » (*Journ. de Méd. de Bordeaux*).

Il est évident que c'est cette dernière opinion qui a déterminé l'auteur à pratiquer l'amputation du col ; il le dit formellement.

(1) L'instrument de Bergeron est défectueux ; il faut préférer celui de M. Bonneels, de Bruxelles. — Voir *Encycl.*, t. 157 (septembre 1845) ; *Archives de la Méd. belge*, t. 75.

Cependant on peut prouver que cette doctrine n'est pas exacte, ainsi qu'on vient de le voir. On rencontre tous les jours en effet l'hypertrophie utérine sans prolapsus ; au contraire même, l'utérus remonte si le vagin est sain : nous citerons pour exemples la grossesse, les tumeurs fibreuses, les métrites chroniques dont on voit chaque jour une foule de cas dans nos hôpitaux ; et l'on a dû remarquer aussi que dans le prolapsus l'hypertrophie n'est qu'une coïncidence ou un effet du déplacement qui disparaît par le taxis, le repos et un traitement dynamique approprié. Nous n'aurions pas contesté la bonté de l'opération ci-dessus, si elle n'était pas mal basée en principe, et si la guérison obtenue ne pouvait s'expliquer autrement que par l'opération elle-même, savoir, par le séjour prolongé de la malade au lit, par la diète et par les autres moyens antiphlogistiques auxquels elle a dû être soumise. La preuve de ce que nous avançons, c'est qu'il existe des guérisons de cas absolument pareils sans opération : nous en comptons nous-même trois ou quatre parfaitement constatées depuis dix ans au moins, et il n'est presque pas de prolapsus utérin qui ne guérisse après la réduction par quelques mois de séjour au lit, par l'usage des bains froids ou tièdes, des injections, des cautérisations, du vagin et du col, et par tous les autres moyens, en un mot, capables de combattre la phlogose sourde qui engendre les fleurs blanches et de ramener la muqueuse vaginale à sa consistance normale. Les canaux muqueux, en effet, se resserrent aisément, comme on sait, dès qu'ils sont sains et dans le repos.

Les principes qui précèdent sont aujourd'hui professés par plusieurs chirurgiens éminents en France : nous venons de citer M. Roux, et nous voyons avec plaisir que l'un des accoucheurs les plus occupés de Londres, M. Rigby, médecin de la Maternité de cette ville (*général Lying-in hospital*), enseigne précisément les mêmes préceptes dans une suite d'articles qu'il vient de publier dans le *Médical Times*.

« Le traitement du prolapsus partiel consiste, dit-il, à diminuer autant que possible la disposition de l'utérus à descendre, et à augmenter la contraction tonique du vagin, afin que celui-ci soit en état de supporter le poids de l'organe. La première indication consiste à tenir la femme dans le repos en position horizontale, à lui faire prendre des purgatifs pour provoquer l'action des intestins et diminuer leur volume et leur poids qui pèse sur l'utérus, à appliquer un bandage à la partie inférieure de l'abdomen. La seconde indication doit avoir pour but de régulariser et fortifier les fonctions et l'organisme en général au moyen de bains froids, de lotions froides, de bains de siége et d'injections

astringentes. — Dans le prolapsus complet, le traitement sera le même après la réduction, bien entendu. Cette réduction doit être effectuée, alors même que la surface de l'organe serait excoriée, la cicatrisation s'effectuant plus promptement après réduction. On aura recours à l'usage d'un pessaire ; mais je dois dire que je ne suis favorable à aucun des instruments de ce genre proposés jusqu'ici, par la raison qu'ils entretiennent tous la cause du prolapsus, la dilatation et le relâchement du vagin. Dans les cas moyens, ces instruments ne sont jamais nécessaires ; dans les cas graves, le seul soutien qu'on peut employer sans inconvénient, c'est un petit cylindre en éponge qu'on soutient à l'aide d'un bandage en T ordinaire. Mon expérience est parfaitement d'accord à ce sujet avec celle de M. Locock et d'Osiander. La meilleure manière de préparer ce cylindre consiste à appliquer fortement un morceau d'éponge à l'extrémité d'un petit bâtonnet conique, à la ficeler par quelques tours en spirale ; puis on la trempe dans un liquide astringent, et on l'introduit, la femme étant dans la position horizontale. Ce cylindre doit être plutôt petit, pour entrer facilement jusqu'au fond ; puis on retire doucement le bâtonnet, et on laisse l'éponge en place : le bâtonnet doit empêcher celle-ci de se plier sur elle-même en entrant. On la change deux fois par jour comme mesure de propreté. A mesure que le vagin se resserre, on doit diminuer le volume du cylindre. On finit plus tard par l'abandonner. Le bandage en T doit être serré, afin de soutenir le périnée et d'empêcher l'éponge de descendre : cette condition est importante. »

Une petite éponge cylindrique et fine, imbibée d'un médicament, surtout si on l'introduit une fois par jour à l'aide du spéculum, doit être plutôt considérée comme un moyen conducteur des médicaments que comme un pessaire. Les liquides dont on l'imbibe sont l'eau salée, nitrée, citronnée, ferrée, saturninée, etc. On la remplace quelquefois par des tampons de charpie enduits de pommades diverses, ou par des mèches médicamenteuses portées dans le col, et roulées dans le haut du vagin. Il est de rigueur que la femme reste couchée pendant quelque temps. On en cesse l'usage dès que l'écoulement n'est plus abondant ni fétide, et l'on y substitue des douches intra-vaginales prolongées, d'eau froide, salée, la femme restant toujours étendue. Le bien qu'on retire de ces moyens est très-marqué. Rien n'empêche, au besoin, de cautériser le col utérin au fer rouge, au nitrate acide de mercure, selon la nature du liquide que le spéculum dévoile à l'ouverture du museau de tanche. On voit déjà que les idées actuelles conduisent à un traitement dynamique plutôt que mé-

canique dans cette maladie. — Disons enfin que, comme secours accessoire, on prescrit beaucoup, de nos jours, tant à Paris qu'à Londres, la ceinture hypogastrique de Dupuytren, sorte de plaque elliptique qu'on applique à la partie inférieure du ventre après le traitement précédent, comme moyen compressif ou suspenseur des viscères abdominaux, dans le but de les empêcher de graviter trop fortement vers l'excavation pelvienne. Les femmes se trouvent généralement très-bien de ce moyen.

---

14. *Des cas dans lesquels il convient de guérir les gourmes chez les enfants.*

(Journal de Médecine de M. Trousseau, octobre 1845.)

Ce n'est pas une question oiseuse que pose ainsi M. Trousseau : c'est une question grave qui embarrasse plus d'un praticien, influencé qu'il est par les idées généralement acceptées par le public, savoir, qu'il est dangereux de guérir les gourmes, parce qu'elles sont la manifestation extérieure d'un vice intérieur. Certainement ce fait est quelquefois vrai : il est des gourmes qui tiennnent à une diathèse, et dont l'explosion se fait au grand avantage de la santé des enfants ; il est encore vrai que, dans ces cas, la guérison des gourmes est suivie quelquefois des accidents les plus graves ; mais il est des gourmes qui ne sont nullement diathésiques, dont l'apparition détermine de sérieux accidents, et que par conséquent on doit guérir aussi rapidement que possible.

Toute diathèse peut s'acquérir ou être congénitale. De toutes les diathèses, celle qui s'acquiert de la manière la plus évidente est la diathèse de suppuration. En vertu de quoi s'établit cette disposition ? nous l'ignorons. Eh bien ! les gourmes sont le plus souvent une des manifestations de la diathèse de suppuration, diathèse acquise comme nous l'avons dit. Souvent aussi la diathèse dartreuse joue dans leur production le rôle principal ; celle-ci est le plus souvent héréditaire. Enfin, dans beaucoup de cas, ces deux diathèses concourent alors à la maladie extérieure et lui impriment une gravité et une ténacité remarquables. — Les formes des gourmes varieront suivant la nature de la cause diathésique. L'impétigo, l'ecthyma, l'eczéma impétigineux, l'intertrigo, le furoncle, les phlegmons superficiels, les ophthalmies, appartiennent plus spécialement à la diathèse de suppuration ; le lichen, le psoriasis, l'eczéma rubrum, le pithyriasis, le favus, l'inflammation chronique des paupières, sont plus particulièrement du domaine de la diathèse dartreuse.

Que, par l'incurie des parents ou par toute autre cause, une phlegmasie superficielle, causée chez un enfant nouveau-né par un lange mal placé, le contact continuel des urines ou des matières stercorales, s'aggrave et dure plusieurs mois, et qu'il s'établisse une suppuration au pli des cuisses, derrière les oreilles ou la tête, cet enfant souffrira d'abord de ces suppurations inutiles ou nuisibles; mais l'énergie vitale l'emportera et la santé reviendra bonne, malgré la suppuration. L'économie s'est accommodée à cette sécrétion accidentelle, qui est devenue en quelque sorte constitutionnelle et a pris physiologiquement une véritable importance. On aurait pu et l'on aurait dû guérir, dès le principe, ces phlegmasies locales qui ne pouvaient être considérées comme de la gourme; mais il n'en est plus de même aujourd'hui: la brusque suppression de ces sécrétions changerait en un instant toute l'harmonie des fonctionc; l'équilibre serait rompu, et la maladie se développerait. — Il suit de là ce principe, que, lorsqu'une suppuration, même accidentelle à son origine, aura longtemps duré, et que la santé n'en souffrira nullement, la guérison ne doit être recherchée qu'avec de grandes précautions.

Un autre cas. Un enfant a une mauvaise santé; il survient tout à coup un impétigo qui prend une allure chronique. A partir de ce moment, la santé s'est rapidement améliorée, et tant que durent les gourmes, l'enfant se porte bien. Ici, de toute évidence, les gourmes doivent être respectées, du moins pendant un certain temps; et lorsqu'on en tentera la guérison, on devra user de plus de précautions encore que dans le cas précédent.

Il reste un troisième cas: c'est celui où les gourmes sont le signal de graves désordres chez un enfant bien portant jusqu'ici. Dans ce cas, il faut modérer leur explosion, s'il y a de la fièvre, et les guérir au plus vite sans craindre de prétendues répercussions.

Un principe des plus importants que M. Trousseau établit, c'est le suivant: lorsque la santé est bonne, il faut, à tout prix, s'opposer à l'établissement des gourmes chez l'enfant; car une suppuration préalable devient ultérieurement, comme nous l'avons dit, cause de suppuration: il s'établit dans l'économie une véritable diathèse de suppuration. Or, la manifestation de cette diathèse a lieu non-seulement du côté de la peau et des membranes muqueuses externes, mais encore du côté des viscères intérieurs. M. Trousseau a vu toujours la pneumonie prendre une gravité insolite chez les enfants qui avaient des gourmes ou qui en avaient eu peu de temps auparavant. Si le petit malade échappe aux

premiers accidents, il succombe presque toujours avec des lésions chroniques de la forme la plus grave, et souvent à la phthisie aiguë. Chez les enfants ayant des gourmes, les varioles, les érysipèles, les rougeoles, les scarlatines, sont bien plus souvent mortelles que chez ceux qui n'avaient pas de suppuration lorsque la maladie les a frappés. Comment alors, en présence de tels dangers, le médecin hésiterait-il à lutter contre l'établissement des gourmes, lorsque la santé de l'enfant est bonne? Voici les conclusions de ce travail : 1° Lorsqu'un enfant est bien portant, les gourmes ne sont jamais nécessaires; comme elles peuvent être nuisibles, il faut à tout prix les arrêter dès leur début. 2° Lorsque, par malheur, les gourmes se sont établies chez un enfant bien portant, et que la santé reste bonne, les gourmes doivent être guéries, mais lentement et avec de grandes précautions. 3° Lorsqu'un enfant était habituellement mal portant, et qu'une florissante santé est survenue depuis l'explosion des gourmes, celles-ci doivent être respectées, entretenues; et l'on ne doit songer à les guérir que lorsque la santé est depuis longtemps raffermie et que la disparition ou la diminution spontanée des gourmes n'a pas semblé troubler la bonne santé de l'enfant. 4° Quand les gourmes s'accompagnent d'inflammation ou de suppuration excessive, il faut modérer leur violence. 5° Si elles envahissent quelques parties importantes, telles que les yeux, les fosses nasales, le conduit auditif, il faut s'opposer par tous les moyens à leur extension.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

15. *Du traitement des fractures qui se consolident ordinairement d'une manière vicieuse;* par M. Guérin (de Vannes), aide d'anatomie de la Faculté de médecine.

(Suite : *voir* t. 156, août 1845, p. 144; t. 157, septembre, p. 121.)

(Archives générales de Médecine, juin 1845.)

Je vais tâcher de rappeler succinctement la description des divers moyens propres aux différentes méthodes d'extension, afin d'en faire voir l'insuffisance.

Ce qu'il y a de particulier dans l'appareil de Desault, c'est que l'extension permanente est faite au moyen d'une grande attelle s'étendant de la crête iliaque jusqu'à 4 pouces au delà de la plante du pied. Cette attelle présente, à son extrémité inférieure, une échancrure et, un peu au-dessus, une mortaise, qui

servent à fixer une bande par laquelle le pied est entraîné en bas. Une autre bande, embrassant la partie supérieure de cette attelle et la face interne de la cuisse, sert à faire la contre-extension. Un bandage de corps fixe l'attelle au bassin.

Boyer modifia l'appareil de Desault en adaptant à son attelle externe une semelle au moyen de laquelle il faisait l'extension. Le reste de l'appareil est le même que dans le précédent, sauf la contre-extension, que Boyer faisait avec une courroie rembourrée de laine, embrassant la partie interne de la cuisse, et venant s'attacher à l'extrémité supérieure de l'attelle au moyen d'un crochet.

Il est évident que ce dernier appareil a un avantage sur le premier : il fait l'extension suivant l'axe du membre et d'une manière permanente; tandis que, dans l'appareil de Desault, l'extension se fait obliquement et au moyen d'une bande qui ne tarde pas à se relâcher.

Mais ces appareils empêchent-ils les mouvements du bassin et s'opposent-ils à la mobilité du fragment interne? En aucune manière. Il en est de même du double plan incliné qui n'a d'action que sur le fragment inférieur. J'aimerais encore mieux l'extension faite au moyen de lacs dont l'un embrasserait la partie supérieure de la cuisse pour aller s'attacher au chevet, tandis que l'autre fixerait le pied au bas du lit. Cette extension, préconisée par Heister et généralement employée du temps de Petit, a, dans ces derniers temps, été remise en vigueur par M. Jobert (de Lamballe), qui a rendu ce moyen moins douloureux en adaptant le lacs inférieur à une pantoufle de cuir. Il existe encore d'autres procédés d'extension; mais comme ils ont tous le défaut dominant de ceux que je viens d'indiquer, il est inutile que j'en donne la description.

Desault et Boyer, en fixant le membre inférieur au moyen d'un lourd appareil, l'empêchaient de suivre le bassin dans ses mouvements. Pour maintenir la coaptation, Desault a bien cherché à faire que la cuisse et le bassin ne fussent plus qu'un tout continu; mais est-il possible que cette attelle, attachée au tronc par un bandage de corps, prévienne les mouvements de latéralité du bassin?

Je me suis convaincu que cet appareil se relâche promptement et permet au malade d'incliner son bassin sur la cuisse à droite, à gauche, en avant et en arrière; mouvements dans lesquels le fragment interne de la fracture glisse sur l'inférieur invariablement immobile.

Cette critique s'applique encore mieux au système des plans

inclinés qui n'opèrent que l'extension et la contre-extension, sans gêner en aucune manière les mouvements de latéralité.

Astley Cooper comprit bien l'inutilité de ces moyens, et il cessa d'y avoir recours, aimant mieux ne point appliquer de bandage que d'en employer un insuffisant. Voici comment s'exprime ce chirurgien en parlant de la fracture du col du fémur :

« Si cet accident m'arrivait, dit-il, je ferais placer un coussin sous le membre blessé, dans toute sa longueur ; un autre serait roulé et placé au-dessous du genou. Le membre serait ainsi soumis à l'extension pendant dix ou quinze jours, jusqu'à ce que l'inflammation et la douleur soient dissipées. Alors chaque jour je me lèverais et je me tiendrais assis dans une chaise élevée, afin de prévenir un degré trop considérable de flexion, qui serait douloureux ; et, marchant avec des béquilles, j'appuierais sur le sol avec le pied du côté malade, d'abord légèrement, puis progressivement de plus en plus, jusqu'à ce que le ligament capsulaire se soit épaissi et que les muscles aient recouvré leur énergie. Traités de cette manière, ajoute-t-il, les malades de nos hôpitaux ont la permission de marcher avec des béquilles quelques jours après leur accident, et au bout de quelques mois, ils peuvent marcher sans appui étranger. »

Il est certain que la liberté dans laquelle Astley Cooper laissait ses malades n'était pas moins propre que les appareils contentifs à produire une consolidation de l'os fracturé. En effet, dans tous les cas, il y a des mouvements imprimés au bassin, et par suite au fragment qui y est attaché ; mais au moins, quand le membre inférieur n'est pas chargé d'un lourd appareil, il peut suivre le tronc dans ses mouvements, et de cette manière on supprime une des causes qui empêchent les fragments de rester en contact.

Si, malgré cette mobilité des fragments, leur réunion se fait encore par un tissu fibreux intermédiaire, il faut que leur tendance à la cicatrisation soit bien puissante, puisque les fragments glissent sans cesse l'un sur l'autre, comme dans les cas où le chirurgien tâche de produire une fausse articulation. Que l'on ne vienne donc plus chercher à ce mode de réunion une autre cause que la mobilité à laquelle on ne s'oppose pas d'une manière efficace.

Je sais bien qu'on pourrait m'objecter que le déplacement des fragments n'a pas sur la consolidation l'influence que je lui accorde, puisque les fractures qui se font en dehors de la capsule fibreuse se consolident par un cal osseux. L'argument n'est que

spécieux, car les fractures intracapsulaires sont à peu près transversales, tandis que les extracapsulaires se font le plus souvent par pénétration d'un fragment dans l'autre. N'est-il pas évident, dès lors, que si les dernières se guérissent par un cal osseux, c'est que, dans ces cas, les mouvements n'ont pu produire la désunion des fragments ?

La conclusion de ce qui précède est qu'il n'y a qu'une seule manière d'obtenir une consolidation régulière de la fracture du col du fémur quand elle ne s'est pas faite par pénétration d'un fragment dans l'autre : c'est d'empêcher les mouvements du bassin en embrassant cette partie du tronc dans un appareil qui entoure et fixe en même temps les deux membres abdominaux.

Celui de M. Bonnet, de Lyon, me semble parfaitement remplir toutes les indications du traitement des fractures qui nous occupent. En voici la description donnée par l'auteur.

Cet appareil consiste en une gouttière solide qui embrasse les deux tiers postérieurs du membre fracturé et les deux tiers postérieurs du bassin et de l'abdomen. Sa charpente est en fil de fer solide en arrière, plus mince sur les côtés, qui sont assez souples pour qu'on puisse les écarter ou les rapprocher de l'axe de la gouttière. Cette charpente en fil de fer est recouverte d'une couche épaisse de crin maintenue par un coutil solide; sur les côtés de cette gouttière, au-dessus des deux trochanters et au niveau des genoux, sont des boucles desquelles partent des cordes qui vont se rendre à un moufle fixé au ciel du lit.

Le malade placé dans cet appareil, qui présente au niveau de l'anus une large échancrure, on conçoit facilement qu'il puisse s'enlever en totalité et horizontalement au-dessus de son lit ; il suffit pour cela qu'il tire lui-même la corde qui passe dans le moufle... Dans tous les mouvements du malade, son corps se déplace en totalité, la colonne vertébrale ne fait aucun mouvement sur le bassin, le bassin ne se meut point sur la cuisse, et dès lors rien ne tend à changer le rapport des fragments... Pour empêcher la rotation en dehors, les bords de la gouttière s'élèvent de chaque côté du pied jusqu'à la hauteur de l'extrémité du gros orteil. L'extension continue est faite au moyen d'un poids qui passe sur une poulie fixée à l'appareil.

Les mouvements de latéralité du tronc sont bornés par des prolongements latéraux qui vont jusque près des aisselles.

Cet appareil répond si bien à toutes les indications de la fracture du col, qu'avec lui on doit, je n'en doute pas, obtenir des consolidations osseuses de la fracture intracapsulaire elle-même. Malheureusement il n'est point en usage dans les hôpitaux de

Paris, et je ne peux point étayer mon travail des résultats heureux qu'il doit produire.

Fracture de la rotule et de l'olécrâne.

Cette cause, que nous avons vue s'opposer à la bonne conformation du col du fémur fracturé et donner naissance à une réunion fibreuse, nous allons la retrouver dans les fractures de la rotule et de l'olécrâne dont le fragment supérieur n'est pas tenu invariablement en contact avec l'inférieur par les divers moyens employés pour maintenir la réduction. Il suffira de passer rapidement en revue les appareils contentifs de ces fractures, pour être convaincu qu'aucun d'eux ne s'oppose d'une manière efficace à la contraction des muscles qui sollicitent vers le tronc le fragment auquel ils s'insèrent. Je commencerai par la fracture de l'olécrâne.

Fracture de l'olécrâne.

Ici, il n'y avait pas moyen de ne point tenir compte de l'action musculaire qui entraîne le fragment supérieur. Aussi tous les auteurs l'ont notée; mais aucun, ce me semble, n'a compris tout ce qu'on peut faire pour la paralyser pendant le traitement de la fracture.

Ils ne paraissent s'être occupés que d'une chose : de savoir dans quelle position doivent être placés le bras et l'avant-bras. Sans doute cette question est d'une haute importance; car, si le membre est maintenu dans l'extension, il y a des précautions à prendre pour prévenir l'ankylose, et si on le tient fléchi, il faut se résigner d'avance à voir la consolidation s'effectuer par l'intermédiaire d'un tissu fibreux dont l'étendue variera suivant le siége de la flexion; mais on a ainsi négligé une indication qui doit dominer dans le traitement de la fracture de l'olécrâne : c'est que le fragment supérieur étant entraîné en haut par le triceps, il convient de diminuer cette influence, sinon de l'anéantir.

Quelques chirurgiens ont bien cherché à atteindre ce but; mais, pour cela, ils ont cru faire assez en entourant le bras d'une bande qu'ils ont regardée comme suffisante pour prévenir les contractions du triceps.

On comprend facilement l'impuissance d'un pareil moyen, en songeant avec quelle facilité se relâche une bande, et combien est bornée son action, qui ne s'exerce guère que sur la peau, à moins qu'elle ne soit extrêmement serrée, ce qu'on ne peut faire sans s'exposer à la mortification des parties comprimées.

Il y en a d'autres qui n'ont pas même cherché à combattre

l'action musculaire. De ce nombre est Duverney, par exemple, qui, après avoir placé une compresse épaisse au-dessus de la fracture, se contentait d'envelopper le coude au moyen d'un bandage en 8 de chiffre. Il est impossible que les muscles extenseurs de l'avant-bras sur le bras ne triomphe pas bientôt d'une force semblable.

Boyer ajouta à ce bandage quelques tours de bande, dans le but de comprimer le triceps et de diminuer son action.

Ce qui caractérise l'appareil de Desault, c'est une grande attelle placée à la face antérieure du bras et de l'avant-bras, afin de maintenir l'extension du membre et de faciliter le rapprochement des deux fragments.

Je ne crois pas que par ce procédé on ait à craindre l'ankylose, qui est l'argument le plus puissant qu'on ait à lui opposer, et qui, suivant M. Cruveilhier, est ordinairement précédée pendant plusieurs mois par la rigidité articulaire. Or, on sait que cet état des articulations est infiniment moins grave que leur soudure, et qu'il est toujours facile d'en triompher. Mais si ce bandage, avec son attelle, n'a pas l'inconvénient d'ankyloser le membre, il ne s'oppose pas suffisamment à l'élévation du fragment supérieur, puisque, pour combattre la contraction du triceps, il n'a que quelques tours de bande qui *gênent* (1) l'action de ce muscle en le comprimant.

En réfléchissant à l'insuffisance des moyens employés pour tenir en contact les deux fragments de l'olécrâne, il me semble qu'il serait difficile d'invoquer une autre cause pour l'explication de leur mode de réunion. Astley Cooper, d'un autre côté, s'est assuré, par des expériences sur des lapins, que la réunion se fait par un cal osseux entre les fragments d'une fracture longitudinale de l'olécrâne. Que faut-il donc faire pour paralyser l'action de l'extenseur de l'avant-bras sur le bras ?

Je crois qu'on y parviendrait en appliquant trois attelles de bois correspondant à chacune des portions du muscle extenseur, et fixées au moyen d'une bande amidonnée ou dextrinée. On remplirait peut-être aussi bien l'indication avec des attelles de carton mouillées, qui, se moulant sur le membre, n'exposeraient pas la peau à être pressée avec trop de force dans les points qui correspondent aux saillies osseuses. Il ne faudrait pas d'ailleurs, si l'on se servait d'attelles de bois, les faire descendre jusqu'au niveau de l'olécrâne. On maintiendrait le membre dans l'extension, et on agirait directement sur les fragments au moyen du bandage des plaies en travers, comme le faisait Desault.

(1) Expression de Desault.

Je n'ai point eu l'occasion de mettre ce moyen en pratique ; mais il est rationnel, et je ne comprendrais pas qu'on pût s'opposer plus efficacement à l'action du triceps, qui est le véritable obstacle à la formation d'un cal osseux.

Fracture de la rotule.

Nous allons retrouver la même insuffisance dans les moyens de contention employés jusque dans ces derniers temps pour le traitement de la fracture de la rotule.

Pendant longtemps on n'employa que le bandage connu sous le nom de *kiastre*, espèce de 8 de chiffre adopté par Petit, Heister, etc., qui agissait directement sur les deux fragments pour en opérer le rapprochement. La critique que j'ai faite d'un bandage semblable, employé pour la fracture de l'olécrâne, est entièrement applicable ici. Je ne ferai que mentionner l'opinion de Valentin, qui regardait la position comme suffisante à la contention des fragments.

Desault se servit du bandage modifié des plaies en travers pour agir sur la rotule. Il étendit, en outre, la jambe sur la cuisse, et il maintint cette position au moyen d'une longue attelle s'étendant de la tubérosité de l'ischion jusqu'au-dessus du talon ; enfin il chercha à paralyser l'action musculaire en entourant la cuisse d'une bande roulée.

J'ai parlé de l'insuffisance d'un pareil moyen opposé à une force puissante et s'exerçant sans cesse.

Boyer plaçait le membre inférieur dans une gouttière aux bords de laquelle venaient se fixer des courroies qui embrassaient les fragments supérieur et inférieur en les rapprochant l'un de l'autre. La gouttière a l'avantage de maintenir l'extension du membre, et les courroies ne compriment pas les tendons fléchisseurs d'une manière aussi gênante que le kiastre de J. L. Petit ; mais le muscle triceps conserve toute sa puissance, et s'oppose sans cesse à la réunion des fragments.

Voici une expérience qui suffit pour donner la clef de la réunion des fractures de la rotule. Elle est due à Astley Cooper, qui pourtant n'opposait à l'action musculaire qu'une bande roulée autour du membre et une courroie bouclée autour du genou, au-dessus et au-dessous de la rotule.

« En octobre 1819, dit A. Cooper, je fis à la rotule d'un lapin une division cruciale, de manière à avoir quatre fragments : les deux supérieurs ne se réunirent point ensemble ni avec les fragments inférieurs ; mais les deux inférieurs se réunirent par un cal osseux. »

Il n'est pas étonnant que les fragments supérieurs ne se soient pas réunis aux inférieurs, puisque le triceps crural tire en haut les premiers ; il n'est pas plus extraordinaire que la formation d'un cal ne se soit point établie entre les deux fragments supérieurs, car les fibres inférieures des vastes interne et externe viennent se fixer sur les côtés de la moitié supérieure de la rotule ; mais il est très-intéressant de savoir que les deux fragments inférieurs se sont réunis par un cal osseux, puisqu'ils se trouvent dans les mêmes conditions que les supérieurs, si ce n'est cependant qu'ils échappent à l'action musculaire.

Un moyen employé dans ces derniers temps par M. Malgaigne prouve également que les os, quelle que soit leur position, peuvent se réunir par un cal osseux. Au moyen d'une double érigne avec laquelle il accroche le tendon et le ligament rotulien, et dont les deux parties, rapprochées par deux plaques d'acier, sont fixées par une vis de pression, ce chirurgien obtient un cal semblable à celui qui réunit les fragments d'un os long fracturé dans son milieu. Aujourd'hui, plusieurs médecins ont été témoins des résultats heureux de la pratique de M. Malgaigne. M. Nélaton, entre autres, cite un homme qui, ayant été traité par la double érigne deux ou trois ans auparavant, avait une rotule qui ne présentait aucune apparence de cal fibreux.

Je n'hésiterais pas à avoir recours à ce traitement ; mais si un malade pusillanime en était effrayé, j'emploierais un bandage analogue à celui dont j'ai parlé à l'article de l'olécrâne, c'est-à-dire que j'aurais recours à la compression du triceps crural, exercée au moyen d'une bande dextrinée, roulée sur *des attelles qui s'étendraient depuis le haut de la cuisse jusqu'auprès de la rotule.* Il est inutile d'ajouter que j'aiderais l'action de ce bandage par l'extension du membre, et en rapprochant les fragments au moyen du bandage des plaies en travers.

En résumé, j'ai voulu prouver dans ce mémoire : 1° que le fragment interne de la fracture de la clavicule est entraîné en haut par le muscle sterno-cléido-mastoïdien, qu'il obéit sans cesse aux mouvements qui lui sont communiqués par l'épaule saine, et que les auteurs n'ont jamais cherché à prévenir le déplacement de ce fragment de la clavicule.

2° Ayant démontré que la difformité du cal de la clavicule est due à la contention imparfaite d'un des fragments, j'ai généralisé l'influence de ce vice des bandages, et j'ai soutenu que la formation d'un tissu fibreux intermédiaire aux deux parties d'un os fracturé dépend de ce que l'on ne s'oppose pas d'une manière efficace au déplacement de l'un des fragments.

J'espère que j'aurai atteint le but que je me suis proposé, quand j'aurai répondu à une objection qui tendrait à mettre en contradiction les deux parties de mon mémoire.

On pourrait peut-être en effet me demander pourquoi la fracture de la clavicule ne se consolide pas comme celle de la rotule, de l'olécrâne, etc., puisque la cause qui s'oppose à la consolidation de tous ces os est la même.

Voici ma réponse. Sans doute la cause qui produit le déplacement est la même; mais ce déplacement est bien différent dans l'un et dans l'autre cas, puisque, dans les fractures de l'olécrâne, de la rotule, etc., le fragment supérieur s'éloigne de l'inférieur; tandis que, dans la fracture de la clavicule, le déplacement donne lieu à un chevauchement qui laisse encore les deux fragments en contact.

Cette différence dans la situation relative des parties qui doivent se réunir semblera, je l'espère, suffisante pour expliquer la différence des résultats.

---

16. *Mémoire sur les luxations des phalanges des doigts entre elles;* par M. Malgaigne.

(Suite : *voir* t. 157, septembre 1845, p. 134.)

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, avril 1845.)

Les procédés de réduction sont assez nombreux. Je les parcourrai dans l'ordre chronologique. Hippocrate recommande d'entourer la phalange luxée avec une bande ou quelque chose de semblable, afin qu'elle ne glisse pas lorsqu'on tirera dessus : un aide faisait donc l'extension sur la phalange ainsi enveloppée; un autre, pour la contre-extension, embrassait le poignet au-dessus du carpe; le chirurgien restait chargé de la coaptation. Un autre procédé consistait à entourer la phalange d'une tresse à nœud coulant faite avec le palmier; un seul homme faisait, d'une main, l'extension avec la tresse, tandis que de l'autre main il retenait le poignet. Enfin, quand la luxation était compliquée de plaie, le moyen de réduction réputé le plus commode consistait en un levier de fer introduit entre les deux phalanges, et manœuvré de manière à les ramener au même niveau.

Celse veut qu'on étende le doigt sur une table, et qu'avec la paume de la main on repousse l'os luxé en place. C'est toujours à peu près l'extension pure.

Avicenne paraît être le premier qui ait signalé *une certaine difficulté* dans la réduction de ces luxations, et qui ait rejeté l'*extension égale*, c'est-à-dire la traction en sens opposés. Le pro-

cédé qu'il indique est fort obscur, au moins dans les versions latines, et semble se rapporter à l'impulsion ou à ce que M. Gerdy appelle la méthode par glissement.

J. L. Petit ne voit de difficulté qu'à cause du défaut de prise ; mais on lit dans sa deuxième édition un passage qu'il a effacé plus tard, et qui est assez curieux à reproduire :

« Je ne conseille pas de mettre en pratique ce qu'en a dit en public un homme qui propose toujours des moyens conformes à sa rusticité : Pour faire l'extension en pareil cas, je ne fais aucune difficulté, dit-il, de saisir la phalange luxée avec une tenaille, et je la tire avec force jusqu'à ce qu'elle soit replacée. Un pareil auteur mérite bien quelquefois d'avoir le bout des doigts pincés. » — Je n'ai pas pu découvrir à qui J. L. Petit pinçait le bout des doigts de cette manière.

Duverney n'indique pas de procédé particulier ; seulement il insiste plus qu'on n'avait fait jusque-là sur la difficulté de la réduction, et même sur son impossibilité, surtout quand la luxation date de quelque temps. « Plusieurs chirurgiens très-habiles ont assuré qu'ils avaient vu de ces luxations, et qu'ils n'avaient jamais pu en faire la réduction, malgré toutes les extensions les plus fortes. » Il pense qu'il y a là trois obstacles : le premier est le défaut de prise ; le second, qui est le plus considérable : c'est qu'en appliquant le lacs fort proche de la première phalange, on y engage les tendons des muscles, et par conséquent le lacs devient lui-même un obstacle à la réduction ; le troisième est que les tendons extenseurs et fléchisseurs sont gonflés à un tel point qu'ils ne prêtent que difficilement. Malgré tous ces obstacles, Duverney avait vu la réduction de deux des dernières phalanges, sans aucun accident. Cependant, pour la phalangette du pouce, il dit avoir vu *plusieurs de ces luxations où les malades ont été estropiés pour s'être confiés à des gens qui n'avaient aucune notion de ces maladies, et où l'ankylose est survenue à ces articulations*, etc.

Jusque-là donc, en faisant abstraction du procédé douteux d'Avicenne et du levier d'Hippocrate, on n'avait jamais procédé que par des tractions directes. L. Verduc, pour une luxation métacarpo-phalangienne, avait réussi en ajoutant à ces tractions l'impulsion avec les deux pouces ; mais l'impulsion seule n'avait pas même été essayée : aussi les praticiens en étaient-ils arrivés à regarder la réduction comme offrant quelquefois les plus grandes difficultés. Enfin, W. Hey préconisa formellement l'impulsion pure, ou, comme il dit, la pression sans extension, non-seulement pour les luxations métacarpo-phalangiennes, mais

pour celles de la phalangette du pouce. Une observation qui lui avait été adressée par Carwardine en fera voir l'application ; je la traduis littéralement.

Le cas de M. Carwardine, qui se présenta en 1805, était une luxation compliquée de la tête antérieure de la première phalange du pouce. La tête postérieure de la seconde phalange était appuyée sur le dos de la première, l'extrémité du pouce relevée (*standing upright*). Après des tentatives répétées et infructueuses d'extension, M. Carwardine réussit en poussant en avant cette extrémité de la seconde phalange appuyée sur la première, jusqu'à ce qu'il eut mis les surfaces articulaires en contact. Il fit tourner alors la seconde phalange autour de l'extrémité saillante de la première, et effectua la réduction avec facilité.

Les bords de la plaie furent soigneusement rapprochés avec des bandelettes agglutinatives, les parties maintenues froides, en les arrosant avec une simple lotion, après qu'on les eut enduites d'une couche épaisse de vernis noir ou vernis de carrossier, pour mettre la plaie à l'abri de l'humidité. Une petite attelle fut appliquée, et un traitement antiphlogistique prescrit. L'appareil levé le sixième jour, la plaie fut trouvée réunie sans suppuration. Le malade a conservé tous les mouvements de l'articulation ; et, peu de mois après, elle avait la même vigueur qu'avant l'accident (1).

— Ch. Bell a proposé ensuite une autre méthode, qui se réduisait à la flexion ; et j'ai rapporté plus haut le succès qu'il obtint de cette manière pour sa prétendue luxation de la phalangette du pouce en avant. A. Cooper me paraît ici avoir copié Ch. Bell : en effet, il recommande un procédé tout semblable pour la phalangette du pouce, lorsqu'elle est luxée en avant et sans complication de plaie ; tandis que, chose assez bizarre, pour les phalanges des autres doigts, il insiste uniquement sur les extensions énergiques.

Enfin, il y a quelques années, M. Rognetta a publié un dernier procédé, qui n'est guère qu'une modification de la tresse d'Hippocrate, et qui se rattache à l'extension directe.

« Prenez un fort ruban de fil, doublez-le de manière à en faire un nœud coulant dans le milieu de sa longueur (nœud coulant dit *des emballeurs*) ; engagez le doigt dans le nœud coulant, de manière que l'anse du cordon passe au delà de la phalange luxée ou derrière ; entourez ensuite autour de votre poignet droit, bien garni d'un mouchoir ou d'une compresse, les deux chefs du nœud

(1) W. Hey, *Pratical Obs. in Surgery*, 3e édit., 1814, pag. 330.

coulant, et tirez avec force. Il est clair que le nœud placé derrière la tumeur formée par la phalange luxée arcboute fortement contre cette tumeur à mesure qu'on tire. Le nœud agit ainsi d'arrière en avant contre la phalange déplacée, et tend à repousser l'os à sa place naturelle au fur et à mesure que le nœud est serré davantage par l'extension et la contre-extension ; la réduction doit donc s'opérer spontanément (1).

En résumé, la réduction a donc été tentée par trois méthodes principales : par *extension*, par *impulsion ou glissement*, et par *flexion ;* sans parler du levier d'Hippocrate, qui, peut-être, n'a jamais été mis en usage. Quelquefois on a combiné plusieurs de ces méthodes : ainsi, Boyer recommande l'extension suivie de la flexion ; et même, si l'on ne réussit pas ainsi, l'extension combinée avec l'impulsion et la flexion à la fois. Quelles sont maintenant les indications, s'il en est, qui doivent faire préférer l'une ou l'autre méthode; et, d'abord, quels sont les obstacles réels à la réduction ?

Malgré tout ce qui a été dit de la difficulté de la réduction, je suis porté à croire qu'une luxation, datant de moins de vingt-quatre heures, sauf le cas très-rare d'un violent spasme musculaire, offrira peu d'obstacles, quelle que soit la méthode employée. Plus tard, l'inflammation des parties voisines, l'irritation des muscles, ajouteront assurément beaucoup à la difficulté ; encore, alors, faudra-t-il faire une différence essentielle entre la luxation complète et l'incomplète.

Dans la luxation incomplète, les surfaces articulaires se trouvant encore au même niveau, il n'est même pas nécessaire de les porter en sens opposés ; la flexion seule suffira le plus souvent : j'en ai rapporté un exemple de succès dans ma première observation. L'extension doit aussi fréquemment réussir, bien qu'en tendant les téguments qui vont d'une phalange à l'autre, elle se crée à elle-même un obstacle indépendant de la luxation même. Voici un cas dans lequel elle échoua d'abord par le procédé ordinaire, et réussit ensuite par le procéde de M. Rognetta.

Luxation présumée incomplète en arrière ; réduction par le procédé de M. Rognetta.

Obs. III. — Le 2 avril 1841, je trouvai dans mon service d'aliénés à Bicêtre un homme entré de la veille, et portant vers le pli cutané palmaire qui répond à l'articulation des deux pha-

(1) *Bulletin de Thérapeutique,* décembre 1835.

langes du pouce une plaie déchirée transversale, résultat d'une luxation de la phalangette. L'interne de garde, M. Henri, qui avait reconnu et réduit la luxation, me donna les détails suivants :

« Le 1er avril, étant de garde, je fus appelé pour voir un malade de la 5e division, qui en tombant la main sur un fauteuil auquel il voulait s'accrocher dans un faux pas, s'était, dit-on, cassé le pouce. Je vis un homme de 55 ans environ, robuste, replet, avec une physionomie effrayée, la respiration accélérée, qui me raconta son accident tel que je viens de dire. Le malade était affecté d'une maladie organique du cœur ; ses jambes étaient œdématiées. Voici quel était l'état du doigt malade : la phalangette du pouce de la main droite était fixée dans une extension exagérée, ou plutôt elle semblait fléchie sur la face dorsale de ce doigt, et formait un angle obtus de 40 degrés avec la phalange ; un plissement épais de la peau et une tumeur formée par le bord postérieur de la base de la phalangette existaient dans cet enfoncement. Le tendon de l'extenseur du pouce était soulevé. A la face palmaire du pouce, on voyait une plaie assez régulière, transversale, située au niveau de l'articulation phalangienne, occupant la largeur du pouce, écartée de 2 lignes environ, et qui laissait voir le tendon du grand fléchisseur fortement tendu et soulevé par la tête de la phalange qui proéminait au-dehors, dénudée complètement de toute partie fibreuse. Le malade n'accusait aucune douleur. Je recherchai la position et l'état du ligament antérieur ou transverse de l'articulation, d'après les idées de M. Pailloux ; mais je n'aperçus rien qui pût m'éclairer sur ce point. Je ne songeai plus qu'à la réduction. Un élève avait déjà réduit et n'avait pu maintenir la phalange dans sa position naturelle.

« Un aide saisit entre ses mains la main du malade entre le pouce et les autres doigts, pour faire la contre-extension ; je fixai autour de la phalange un large et fort ruban de fil disposé en nœud coulant dont la boucle portait sur la base de la phalangette luxée, sur sa face dorsale ; je tirai lentement et fortement avec les chefs du ruban entortillés autour de ma main droite dans la direction de l'axe du doigt. La phalangette déplacée revint doucement et uniformément dans sa situation normale, je le répète, sans aucune secousse. Après la réduction, qui fut *sans douleur*, je sentis le tendon de l'extenseur qui était contracté et tendait à reproduire la luxation. Deux attelles, antérieure et postérieure, maintinrent la phalangette dans une très-légère flexion. Je fis appliquer 30 sangsues et des irrigations froides pour prévenir les dangers d'une inflammation que je croyais imminente

et d'autres accidents plus graves encore. Mais rien n'arriva de mes noires prévisions, et la plaie pénétrante et par déchirure de l'articulation guérit aussi simplement que possible.

« C'était, je pense, une luxation incomplète. »

—Je regarde comme un échec la première tentative faite, malgré le dire de l'élève, personne, jusqu'à présent, n'ayant observé cette récidive après la réduction. Aussi l'extension me paraît-elle inférieure à la flexion même ; mais à toutes les deux je préfère de beaucoup l'impulsion.

Lorsque la luxation est complète, tantôt le rebord articulaire antérieur de la phalangette est seul logé en arrière des condyles de la phalange, sur lesquels appuie la saillie osseuse qui sert d'attache au tendon fléchisseur : dans cette variété, facile à reproduire sur le cadavre, les ligaments latéraux sont intacts, mais tendus horizontalement entre les deux phalanges. La flexion serait ici tout à fait irrationnelle, puisqu'il y a un léger chevauchement ; l'extension opère une tension des téguments et des ligaments qui applique plus étroitement les deux os l'un contre l'autre, et détermine ainsi un nouvel obstacle : celui de leur frottement. Quand le chevauchement est porté plus loin, la phalange supérieure sort à travers la plaie ; les ligaments doivent être rompus ; mais la saillie d'insertion du tendon fléchisseur remontée au-dessus des condyles, et arcboutant contre ceux-ci lorsqu'on tente la réduction, oppose un obstacle aussi puissant pour le moins. L'impulsion, au contraire, réussit à merveille : d'abord, elle ne tend pas les téguments comme l'extension, et, de plus, ainsi que l'a noté M. Gerdy : « Il est plus aisé de faire glisser parallèlement l'une à l'autre deux pièces de bois liées ensemble par un ou plusieurs anneaux de corde, que de les écarter en tirant perpendiculairement ou obliquement sur les deux pièces. » L'observation de Carwardine, rapportée plus haut, montre avec quelle facilité la pression réussit dans un cas où l'extension avait échoué ; le succès aussi prompt de M. Gerdy, celui de M. Demoor, sont bien faits aussi pour donner confiance dans cette méthode ; et je peux y joindre le suivant, tiré de ma propre pratique.

Luxation complète en arrière, avec déchirure des téguments ; réduction quelques heures après ; guérison.

Obs. IV. — Bourdin, cordonnier, âgé de 50 ans, ayant un peu trop fêté le dimanche et même la nuit du lundi, se trouvait encore pris de vin le matin du 20 janvier 1845, lorsqu'un de ses camarades, le poussant avec force, le fit tomber sur le sol. Il alla heurter le pavé avec la phalangette du pouce gauche tout éten-

due, autant qu'il peut le dire, car ses souvenirs sont un peu vagues : ce qu'il sait pourtant à merveille, c'est qu'il ressentit aussitôt une vive douleur dans l'articulation des deux phalanges, et que, par une déchirure de la face palmaire, il s'écoula une certaine quantité de sang.

Amené immédiatement à Saint-Antoine, je constatai les phénomènes suivants :

Le pouce offrait une difformité caractéristique : la phalangette était dans une extension forcée sur la phalange ; son extrémité supérieure soulevait la peau à la face dorsale, et en mesurant avec l'ongle l'étendue de cette saillie en arrière de la phalange, je la trouvai d'environ 6 millimètres ; du reste, le tendon extenseur ne soulevait nullement la peau et ne mit à cette exploration aucun obstacle. A la face palmaire, au contraire, aucune saillie ne trahissait la luxation, et la peau s'arrondissait également sur les deux phalanges ; seulement, au niveau du pli articulaire, se voyait une plaie transversale, de 13 à 14 millimètres d'étendue, à travers laquelle on sentait la saillie des condyles de la phalange : tout écoulement de sang était arrêté.

Pour réduire, j'embrassai de ma main droite la base du pouce et l'éminence thénar, l'indicateur placé en travers à la face palmaire, au-dessous de la phalange, le pouce à la face dorsale, refoulant en bas la base de la phalangette ; et, pour mieux dégager les deux os, de la main gauche j'attirais légèrement la pointe de la phalangette en arrière. En un clin d'œil, la phalangette glissa à sa place avec un petit bruit ; et toute saillie anormale disparut.

Alors, prenant soin que les deux lèvres de la plaie ne chevauchassent point l'une sur l'autre, je fléchis légèrement la phalangette en avant, et la maintins dans cette position à l'aide d'une attelle en carton, appliquée à la face palmaire de la phalange, mais tenue écartée en bas de cette phalange par un petit tampon de coton interposé ; deux bandelettes de diachylon assujettissaient le tout.

Les premiers jours, il y eut quelques douleurs vers la plaie. Je ne m'en inquiétai pas autrement. Le 26 janvier, j'ôtai l'appareil : la plaie, réunie dans le fond, offrait encore un peu de suppuration à la surface, à raison surtout de l'épaisseur de l'épiderme déchiré, qui faisait en quelque façon l'office d'un corps étranger. Je l'ébarbai avec des ciseaux ; je recouvris la plaie d'une bandelette de diachylon ; et le 4 février, le malade sortit guéri, sauf un peu de raideur encore dans l'articulation.

—Au contraire, si l'on parcourt les observations des chirurgiens

qui mettaient en usage ou l'extension seule, ou l'extension combinée à la pression, et lui apportant tous ses désavantages, on est frappé des difficultés éprouvées. Dans l'une des observations rapportées dans les Leçons de Dupuytren, la luxation datant de vingt-quatre heures, on ne réussit qu'après *de longues et douloureuses tentatives;* dans la suivante, de vaines tentatives avaient été faites en ville; le quatrième jour, M. Roux échoua de même, et fut réduit à faire l'amputation. M. Thierry, dans un cas analogue, ne put réduire qu'en réséquant la première phalange (1).

Dans le cas de M. Roux, les difficultés étaient manifestement accrues et par le temps écoulé et par les tentatives déjà faites, deux causes puissantes d'inflammation et de contraction musculaire. Malgré l'amputation, la malade succomba; nouvel exemple de la gravité accidentelle de cette lésion, gravité qui doit maintenant fixer notre sérieuse attention.

Quand il n'y a pas de rupture des téguments, la luxation est aussi bénigne que toutes les autres; c'est à la luxation compliquée qu'appartiennent tous les accidents allégués. Ces accidents se résument sous ces deux chefs : le tétanos, et l'inflammation aiguë, suivie de suppuration et de gangrène. Ils ont paru si imminents et si redoutables, qu'A. Cooper fait une loi de réséquer la phalange saillant à travers la plaie, et qu'un chirurgien irlandais a préféré tout récemment amputer le doigt, sans même faire la moindre tentative pour réduire (2). Cependant, dans les trois cas de luxations compliquées que j'ai eu à traiter, je n'ai eu d'accidents d'aucune espèce : recherchons donc dans quelles circonstances ils sont survenus. Et d'abord, commençons par le tétanos.

Dans un cas de Dupuytren, déjà cité, la luxation avait été réduite facilement; mais le pouce était devenu le siége d'une violente inflammation : le malade s'exposa à l'ardeur du soleil; au dixième jour, il fut pris de trismus, bientôt suivi de tétanos et de mort. Ici, le traitement consécutif a été étrangement négligé; et il est permis d'attribuer tous les accidents à cette négligence.

M. Vanderbach a vu aussi une luxation de ce genre donner lieu à un tétanos intermittent, auquel le blessé échappa, quoique à grand'peine; le début de l'observation demande à être littéralement reproduit :

« Le 16 novembre 1825, M. S..., garde à pied du corps du

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 2e édit., t. II, p. 188.
(2) *Journal de Chirurgie*, 1844, p. 313.

roi, âgé de 28 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, tomba sur la main droite de telle manière que la presque totalité de la première phalange du pouce fit saillie à travers les parties molles de la face palmaire, tandis que la deuxième phalange fut renversée sur la face dorsale. La réduction des parties luxées fut incontinent faite; mais on appliqua ensuite un bandage si serré que l'éminence thénar et les parties circonvoisines ne tardèrent pas à s'engorger et à s'abcéder. »

Le 21, le blessé, se promenant par un temps froid et humide, éprouve tout à coup de l'engourdissement dans la main et l'avant-bras. Bientôt une raideur tétanique s'empare du cou, s'étend à tout le rachis et aux membres inférieurs : cet état dure toute la nuit et se dissipe le lendemain matin.

Le 22 au soir, retour des mêmes phénomènes, qui cessent comme la première fois; et des accès tout semblables se répètent tous les jours jusqu'au 27, où le malade entra à l'hôpital de Thionville.

« L'examen de la plaie fit reconnaître : 1° un déchirement assez considérable des parties molles de la face palmaire du pouce, avec rupture des tendons, et malgré la première tentative de réduction, issue de la phalange à travers la plaie; 2° un reste d'inflammation à l'éminence thénar, et entre le pouce et l'index deux petites ouvertures attestant que cette partie s'était abcédée.

« La main du malade ayant été plongée dans un bain émollient, la phalange est ensuite réduite et maintenue dans sa position normale à l'aide d'un bandage compressif dont l'action s'étend à tout l'avant-bras, et qui est de temps à autre arrosé d'une décoction émolliente. »

Je ne décrirai pas les nombreux accès de tétanos qui tourmentèrent le malade jusqu'au 7 décembre, et qui, à partir de ce jour, diminuèrent sensiblement d'intensité et de durée pour disparaître enfin le 14. La plaie, pendant tout ce temps, marchait, bien que lentement, à la cicatrisation, et celle-ci fut complète le 16, deux jours après la dernière secousse tétanique (1).

— Là, encore, malgré la gravité de la luxation, c'est bien moins à elle qu'il faut imputer les accidents qu'au bandage trop serré et à l'imprudence du malade.

Le fait du docteur Cramer n'est pas moins concluant : la luxation n'avait pas été réduite, et les deux phalanges avaient dû être extraites, lorsque, vers le quinzième jour, un tétanos mortel

(1) *Recueil de Mém. de Méd., de Chir. et de Pharmacie militaires*, t.XXVIII, p. 382.

s'empara de la malade. Reste enfin le cas de Sanson, dont nous ignorons les détails.

Voyons maintenant comment survient l'inflammation aiguë, avec son cortége presque obligé de suppuration et de gangrène. Le premier exemple que j'en connaisse appartient à Monteggia.

« J'ai vu, dit-il, la luxation compliquée de la première avec la seconde ou dernière phalange du pouce, compliquée d'une plaie par laquelle sortait et faisait saillie au-dehors l'extrémité inférieure de la première phalange. La réduction ne se fit que le jour d'après, et fut obtenue en partie avec la pression, en partie avec les extensions. Il survint une inflammation phlegmoneuse avec des suppurations dans les parties voisines qui rendirent plus long et douloureux le cours de la maladie. »

— Ici, deux causes d'inflammation : le retard dans la réduction, le procédé suivi. Poursuivons.

J'ai déjà cité ce cas de Dupuytren, concernant une luxation réduite après vingt-quatre heures, et moyennant *de longues et douloureuses tentatives*. Dans le cas de M. Roux, l'inflammation reconnaissait pour cause des tentatives inutiles; l'amputation ne l'arrêta pas, et la malade mourut. Le malade de M. Demoor avait subi, après la réduction, une compression intempestive. Puis vient le deuxième cas de Sanson, compliqué de gangrène, mais rapporté sans aucun autre détail.

Est-ce à dire cependant que la luxation soit si innocente par elle-même qu'elle n'entraîne jamais d'accidents lorsqu'elle est convenablement traitée ? A Dieu ne plaise que je veuille le faire entendre. La première observation de Dupuytren montre une luxation réduite avant les vingt-quatre heures écoulées, facilement réduite, traitée ensuite par les cataplasmes émollients, et qui cependant fut prise d'inflammation aiguë avec abcès, transformée plus tard en inflammation chronique. Qui ne sait d'ailleurs que les moindres plaies, chez certains sujets mal disposés, peuvent entraîner les conséquences les plus fâcheuses ? Je dirai plus : la fréquence du tétanos ou des inflammations suppuratives et gangréneuses avertit le chirurgien que ces ruptures des téguments et des articulations des doigts sont particulièrement dangereuses sous ce rapport, et que la moindre négligence peut faire éclater le danger. Mais il n'en demeure pas moins établi par les faits que ce danger est moins prochain qu'on ne suppose, que presque toujours il a été appelé et provoqué, et qu'un traitement habilement dirigé l'écarte avec une certitude presque complète. Je ne saurais donc trop m'élever contre une doctrine aussi barbare que celle d'A. Cooper, qui veut que l'on résèque toujours, et

contre la pratique plus barbare encore de ceux qui, sans autre examen, procèdent à l'amputation.

En résumé, si l'on est appelé le premier jour, il faut réduire sans autres préliminaires; — si l'on arrive plus tard, et que l'inflammation ne soit pas survenue, il faut réduire encore; — s'il y a trop d'inflammation, le premier soin doit être de la combattre avec énergie; — et enfin, après la réduction faite, c'est encore l'ennemi qu'il faut surveiller et éloigner.

Lorsque l'on a réduit à temps et obtenu la cicatrisation de la plaie, quelles sont les suites de la luxation! M. Lecadre a vu une raideur assez forte persister chez son malade, *malgré les bains et les douches*. Les bains et les douches font ici peu de chose : c'est du mouvement qu'il faut à l'articulation; et moyennant un exercice bien dirigé, l'ankylose n'est nullement à craindre.

M. Thierry nous a appris ce que l'on peut espérer à cet égard, même après la résection de la phalange. Chez son opéré, il s'établit une fausse articulation.

Enfin, quand la luxation est restée longtemps sans être réduite, qu'y a-t-il à faire ou à ne pas faire? A quelle époque devient-elle irréductible? Quels moyens de réduction est-il permis de tenter? Les faits manquent pour résoudre toutes ces questions; et, au lieu de conjectures, j'aime mieux donner la seule observation dans laquelle j'aie eu l'occasion d'essayer la réduction d'une luxation invétérée.

Luxation incomplète en arrière et en dehors de la phalangette du médius; section sous-cutanée du ligament externe; réduction incomplète; récidive prompte.

Obs. V. — Le 19 novembre 1840, mon collègue et ami, M. Guersant, me fit voir dans son service à l'hôpital des Enfants, un jeune garçon de 12 ans, qui, en tombant d'une charrette, s'était luxé la phalangette du médius. L'accident datait de cinq à six semaines; l'enfant ne pouvait nous donner de détails plus précis. Il racontait encore assez vaguement que, dans le début, la phalangette avait été renversée en arrière : des tractions exercées pour la réduire l'avaient ramenée à peu près dans la direction des autres phalanges, mais sans lui rendre ni sa place ni ses fonctions.

Nous examinâmes ce doigt avec soin. La phalangette était étendue en ligne à peu près droite sur la phalangine, un peu inclinée cependant vers le pouce. On voyait à la face dorsale la saillie de sa base, que l'on sentait encore mieux avec le doigt; mais, de plus, cette base proéminait en dehors ou du côté du

pouce ; en dedans, au contraire, on voyait et l'on sentait une saillie presque aiguë sous la peau, formée par le condyle interne de la deuxième phalange. La luxation avait donc lieu en arrière et en dehors à la fois, incomplète des deux côtés. La phalangette était assez mobile, surtout d'un côté à l'autre ; mais il était impossible de la fléchir.

La complication de la déviation en dehors me fit regarder la réduction comme très-difficile. Quelques tentatives d'impulsion ou de flexion forcée n'aboutirent à rien : quant à l'extension, qui d'ailleurs m'inspirait peu de confiance, la phalangette, à cet âge, offrait trop peu de prise pour l'exercer sérieusement. Je ne vis d'autre ressource que de porter sous la peau, à travers une piqûre préalable, un ténotome à pointe mousse, et de diviser la corde fibreuse qui figurait ou remplaçait le ligament latéral externe. Cette petite opération fut très-habilement exécutée par M. Guersant ; après quoi il essaya derechef l'impulsion et la flexion, mais sans obtenir une réduction entière. Pour avoir à la fois plus de prise et plus de force, je plaçai à la face palmaire une attelle étendue du poignet jusque sous la phalange et la phalangine, pour servir comme de point d'appui ; une autre attelle couvrant la face dorsale de la main jusque sur la phalangette, j'appuyai sur ces deux attelles en sens inverse et de toutes mes forces pour refouler à la fois la phalangine en arrière et la phalangette en avant ; et quand je crus avoir réussi, je continuai à pousser la phalangette dans le sens de la flexion. La force déployée fut telle, que l'attelle palmaire, qui était en bois de chêne et assez solide, en fut cassée en deux. Moyennant ces efforts, je fis disparaître absolument le déplacement en arrière ; mais le déplacement latéral persista tout entier, et ne céda sous aucun effort. Satisfait cependant du résultat obtenu, je fis fléchir les trois articulations du doigt, et je les maintins en cet état à l'aide d'une bandelette de diachylon qui embrassait dans le même tour la phalange et la phalangette.

Malheureusement la pression de cette bandelette parut trop douloureuse au jeune malade, qui, le jour même, défit l'appareil, et le lendemain la luxation s'était reproduite comme avant l'opération. Toute tentative ultérieure parut inutile, et le malade fut renvoyé quelques jours après. La petite plaie s'était fermée sans suppuration.

—Je ne terminerai pas sans mentionner ici une luxation spontanée de l'articulation de la phalangette du pouce, que j'ai vue récemment à l'hôpital Saint-Antoine, sur un enfant de deux ou trois ans. L'articulation se fléchissait et s'étendait à l'ordinaire ;

mais, sous l'influence d'un mouvement particulier que l'enfant produisait à volonté, on entendait un craquement : la phalangette restait à demi fléchie, immobile, sans que le toucher le plus minutieux pût découvrir la moindre saillie en arrière de l'une ou de l'autre phalange. Un autre mouvement volontaire ramenait la mobilité de l'article ; quelquefois, cependant, l'enfant était obligé de forcer la flexion de la phalangette avec son autre main. Il arriva même, quelques jours plus tard, que la luxation produite se montra rebelle ; et la mère me ramena son enfant avec les caractères déjà décrits. Je n'eus qu'à forcer le mouvement de flexion pour remettre toutes choses dans l'ordre ; il fallut toutefois, pour cela, un effort assez notable. Je n'ai pas revu cet enfant depuis.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

17. *Du cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés ; difficultés et dangers qu'il présente ; perforation du pharynx, suivie de mort ; introduction de la sonde dans le larynx ; injection des aliments dans la trachée ; emploi d'une sonde à double mandrin et à obturateur pour prévenir les accidents* ; par M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière.

(Gazette médicale de Paris, N° 36.)

§ Ier — Entre tant de services rendus aux aliénés par Esquirol, il faut compter l'emploi qu'il a fait le premier de la sonde œsophagienne pour nourrir les malades qui refusent obstinément de prendre des aliments.

Depuis plus de trente ans, on a souvent eu recours à ce moyen à la Salpêtrière, à Bicêtre, à Charenton, et dans presque tous les asiles d'aliénés.

Esquirol s'est d'ailleurs peu étendu sur l'emploi de la sonde œsophagienne, et je ne puis mieux faire que de citer textuellement ce qu'il en a dit.

Après avoir rappelé qu'il faut avant tout s'appliquer à vaincre la résistance du malade par la persuasion, et avoir conseillé l'emploi de la douche et des bains froids, Esquirol continue ainsi :

« Si tous ces moyens échouent, si le refus des aliments per-
« siste, si le malade a pris la résolution de mourir par absti-
« nence, il faut recourir à l'introduction forcée des substances
« alimentaires dans l'estomac. On a imaginé plusieurs moyens
« mécaniques pour forcer à ouvrir la bouche. Ces moyens sont

« violents et ne réussissent pas toujours. L'usage d'une sonde « de gomme élastique introduite par les narines dans l'œsophage, « pour ingérer des liquides dans l'estomac, réussit ordinaire- « ment, si on a recours à ce moyen avant que l'abstinence ait « déterminé l'inflammation de l'estomac et des intestins. L'in- « gestion tardive ne saurait prévenir la mort.

« Le premier j'ai fait usage de la sonde dans cette circon- « stance ; mais son emploi exige des précautions.

« La sonde œsophagienne, dont je me servais d'abord, d'un ca- « libre trop gros, ne s'introduisait que difficilement. On a adopté « depuis une sonde ordinaire d'un calibre plus petit, et qui est « plus courte : il arrivait quelquefois que l'extrémité de la sonde « se reployait sur elle-même avant d'entrer dans l'œsophage, et « qu'alors le liquide ressortait par les narines et par la bouche. « M. Baillarger, élève interne de Charenton, a armé la sonde « d'un mandrin en baleine, et l'accident dont je viens de parler « a été prévenu (1).

« Il peut arriver que la résistance soit telle, que, même avec « beaucoup d'expérience, on fraie une fausse route à la sonde. « Cet accident très-grave est fort rare, car je ne l'ai observé « qu'une fois sur un jeune homme.

« La sonde, introduite par une main exercée et habile, se « fourvoya dans une fausse voie et provoqua une inflammation « qui en peu de jours fut mortelle.

« Je le répète, c'est la seule fois que j'aie observé un pareil « accident. Ce moyen est ordinairement sans danger ; il a con- « servé à la vie un grand nombre de malades auxquels j'ai donné « des soins, soit dans des établissements publics, soit dans ma « pratique particulière (1). »

On voit qu'Esquirol, tout en disant que le cathétérisme de l'œsophage est ordinairement sans danger, déclare cependant qu'il exige des précautions, et même qu'il peut entraîner des ac-

(1) Esquirol a omis involontairement de parler du mandrin en fer, qui peut seul rendre possible l'emploi du mandrin en baleine. L'introduction d'une sonde armée du seul conducteur en baleine serait très-difficile, mais surtout extrêmement dangereuse. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parviendrait à recourber cette sonde, qui s'appliquerait à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx, et c'est alors qu'on pourrait faire une fausse route. La sonde dont parle Esquirol, et à laquelle j'ai ajouté un conducteur en baleine, était donc une sonde à double mandrin : l'un des conducteurs est métallique et destiné à faire arriver la sonde dans le pharynx ; l'autre conducteur est en baleine et la fait descendre jusque dans l'œsophage. En y réfléchissant, on verra qu'il est impossible qu'il en fût autrement. C'est d'ailleurs ainsi que l'employèrent alors plusieurs de mes collègues, et entre autres M. Gérard Marchant, aujourd'hui médecin de l'asile des aliénés à Toulouse.

(2) Esquirol, *Traité des Maladies mentales*, t. I, p. 662.

cidents très-graves. Il cite en effet un cas dans lequel l'opération fut suivie de mort; mais il ajoute que c'est le seul qu'il ait observé.

M. Leuret est allé beaucoup plus loin qu'Esquirol, quant au danger de l'introduction de la sonde œsophagienne. Il déclare que, chez les malades qui résistent, cette opération devient *excessivement dangereuse.* « Alors, dit-il, il est arrivé qu'avec la sonde on a *percé l'œsophage*, ou bien qu'on a *traversé le larynx*, *une bronche*, *le tissu pulmonaire,* et que par l'*injection* d'un aliment on *a causé la mort du malade.* »

En présence de faits aussi graves, j'ai pensé qu'il importait :

1° De rechercher les causes qui peuvent rendre le cathétérisme œsophagien difficile, et d'apprécier au juste quels sont les dangers qu'il peut entraîner.

2° D'examiner par quel moyen on peut surmonter les obstacles et prévenir les accidents.

Ce sera l'objet de ce mémoire.

§ II. — *Des difficultés du cathétérisme œsophagien chez les aliénés.* — Les obstacles qui s'opposent quelquefois à l'introduction de la sonde œsophagienne se rencontrent dans les fosses nasales, à la partie supérieure et à la partie inférieure du pharynx ; quelquefois ils peuvent venir de l'œsophage lui-même.

Les difficultés qu'on éprouve, dans quelques cas, pour pénétrer jusqu'au pharynx, tiennent au volume trop considérable de certaines sondes, et surtout à ce qu'on ne suit pas exactement le plancher inférieur des fosses nasales. Il arrive alors qu'après avoir vainement essayé d'un côté, on est obligé d'opérer de l'autre ; et j'ai vu quelquefois des hémorrhagies provoquées par ces tentatives qui, en outre, augmentent beaucoup la douleur produite par l'opération. Si la sonde est petite, et si le malade est convenablement maintenu, ce premier temps du cathétérisme œsophagien sera toujours facile.

Les obstacles qui peuvent se rencontrer à la partie supérieure du pharynx sont beaucoup plus sérieux. L'extrémité de la sonde, après avoir franchi les fosses nasales et le voile du palais, arrive à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx, et c'est appuyée sur cette paroi qu'elle doit se recourber. Elle glisse alors quelquefois à droite ou à gauche, et s'arrête derrière les piliers postérieurs du voile du palais, que j'ai trouvés ecchymosés chez des malades qui avaient succombé. La sonde, ainsi arrêtée, continue quelquefois à entrer si on la pousse ; mais, au lieu de descendre dans l'œsophage, elle se replie sur elle-même, et c'est en

vain qu'on essaie de faire l'injection. Il faut alors retirer l'instrument et recommencer l'opération.

Mais je suppose que l'obstacle dont je viens de parler ait été évité, ce qui a lieu le plus souvent, alors il pourra arriver que la sonde, qui en descendant se recourbe plus ou moins en avant, rencontre la base de la langue et soit arrêtée par elle. On voit alors parfois l'instrument revenir par la bouche, ou bien il se replie encore sur lui-même, et dans les deux cas l'injection devient impossible.

J'ai trouvé deux fois après la mort des ecchymoses à la base de l'épiglotte, ce qui prouve que ce point avait été assez fortement comprimé.

Il semble que, dans quelques cas, les contractions de l'œsophage peuvent s'opposer à l'introduction de la sonde : c'est au moins l'avis de quelques médecins ; mais ces contractions sont de courte durée, et on doit profiter du moment où elles cessent pour terminer l'opération.

Tels sont les obstacles qui s'opposent quelquefois au cathétérisme œsophagien : on voit qu'ils viennent surtout :

1° De ce que la sonde se dévie en se repliant à la partie supérieure du pharynx et se trouve arrêtée latéralement derrière les piliers postérieurs du voile du palais ;

2° De ce que l'extrémité de la sonde, plus ou moins recourbée en avant, rencontre la base de la langue.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

18. *Du délire consécutif à la fièvre typhoïde.*

(Annales médico-psychologiques, septembre 1845.)

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la fièvre typhoïde ont noté les troubles variés qui s'observent du côté de l'intelligence, et qui, survivant quelquefois aux accidents qui accompagnent les fièvres graves, ou même n'éclatant que lorsque ces accidents sont entièrement dissipés, constituent, dans quelques cas, une véritable aliénation mentale. Esquirol avait déjà reconnu ce fait, et il dit formellement que « les fièvres de mauvaise nature laissent après elles un délire chronique.» Mais il ajoute « qu'il ne faut pas le confondre avec l'aliénation mentale.» Ce n'est pas le lieu de prouver que la distinction admise par Esquirol ne saurait être maintenue ; il nous suffit de montrer que ce fait de la génération de la folie par certaines maladies qui ont puissamment ébranlé le système nerveux n'avait point échappé à cet éminent observateur. Ce délire est ordinairement sans gravité, et nous

avons publié un excellent article de M. le docteur Simon, dans lequel ce praticien démontre qu'il disparaît spontanément à mesure qu'une alimentation réparatrice fait renaître les forces et dissipe l'état d'anémie dans lequel l'organisme tout entier était plongé. Quelquefois cependant la folie persiste; mais elle ne paraît être alors qu'une complication de la maladie primitive, et quelques auteurs, M. Forget entre autres, n'hésitent pas, dans ces cas, à la considérer comme indépendante de la fièvre typhoïde.

Marguerite, âgée de 12 ans, fut atteinte d'une fièvre typhoïde qui dura vingt jours, sans que le délire se manifestât. Pendant la convalescence, une rechute arriva, et la maladie reparut, mais cette fois avec plus de gravité. Le délire éclata, et huit jours après, on conduisit cette jeune fille à l'asile de Fains. — A son entrée, le 12 septembre, elle présente l'état suivant : Amaigrissement considérable ; la souffrance et la stupeur sont empreintes sur sa figure; la tête est penchée en arrière, et les muscles du cou, fortement tendus, font saillie à travers la peau ; abolition des facultés intellectuelles ; absence de la mémoire et des perceptions ; confusion des objets et des personnes; quelques indices des facultés affectives; la malade prend chaque personne pour son père ou sa mère, et les appelle à grands cris. Elle est tranquille pendant le jour, mais le soir la fièvre arrive, et un peu d'agitation se manifeste. M. Renaudin, médecin en chef, n'hésite pas à employer les toniques, et surtout le sulfate de quinine en potion pour prévenir les accès du soir. L'alimentation prescrite est en rapport avec l'état de la malade. Vers le 21, un peu d'amélioration se fait sentir ; la fièvre et avec elle l'agitation ont disparu. L'alimentation devient plus nutritive, et les facultés intellectuelles reparaissent à mesure que la malade recouvre ses forces. Enfin, vers le commencement d'octobre, le moral et le physique semblent entièrement rentrés dans leur état normal. On conserve toutefois la jeune malade jusqu'au 20 du même mois, afin de ne plus avoir la moindre crainte sur une rechute.

Cette première observation rentre dans la catégorie des faits qu'on observe tous les jours; il n'en est pas de même de la seconde, que nous allons reproduire textuellement : il s'agit ici d'une aliénation mentale qui persiste longtemps après la guérison de la fièvre typhoïde. Cette observation nous paraît venir complètement à l'appui de l'opinion de M. Forget : l'affection typhoïde fut bien réellement la cause occasionnelle de la folie ; mais il est impossible de ne pas trouver une prédisposition évidente dans les antécédents de la malade, et de ne pas considérer

l'aliénation mentale comme indépendante de la fièvre typhoïde.

« Anna, fille de pauvres vignerons, se fit remarquer dès son enfance par un désir des richesses peu ordinaire chez les filles de sa condition. Devenue plus grande, elle écoutait avec plaisir les avantages attachés à la condition de domestique, que plusieurs de ses amies lui disaient avoir rencontrés à Paris. Un jour elle se rend dans cette ville, afin de parvenir plus vite à la richesse. Mais là, les désillusions arrivent, les besoins se font sentir, et Anna tombe malade d'une fièvre typhoïde. On la transporte à la Pitié. Vers le déclin de la maladie, le délire se manifeste, et Anna est envoyée à la Salpêtrière le 25 mai 1844. Nous ne savons dans quel service elle fut placée ; mais elle y resta jusqu'au commencement de septembre, époque à laquelle l'ordre de sa translation dans son département la fit emmener dans l'asile de Fains, où elle arriva le 4 septembre. Voici quel est son état lors de son entrée : démarche fière et arrogante, expression indicible de mépris répandue sur sa physionomie. Si elle parle, c'est, comme on dit vulgairement, du bout des lèvres. La santé physique est bonne, et si l'on n'était prévenu par les apparences que nous venons de signaler, on la croirait raisonnable en tous points ; mais qu'on lui parle de sa position, de sa naissance, aussitôt elle dit que ses parents sont fort riches, qu'elle a de puissantes protections à la cour. Aussi nous prend-elle, M. Renaudin et moi, pour des princes russes ou tout au moins pour des médecins envoyés tout exprès par le roi pour venir la soigner. Du reste, Anna est intelligente et laborieuse.

« M. Renaudin, médecin directeur de l'asile, prévit dès le début que tous nos moyens échoueraient contre cette maladie. Il vit, avec la perspicacité médicale qui lui est propre, que si l'on pouvait obtenir quelque amélioration, c'était par le traitement moral. Mais il n'a fait que maintenir au-dedans les idées de grandeur, et nous ne sommes pas sûrs pour cela qu'elles n'existent plus. Un moment nous l'avions espéré, lorsque l'arrivée de son père et de sa mère, qu'elle n'avait pas vus depuis longtemps, vint nous détromper. En effet, en arrivant auprès d'eux, les sentiments affectifs, éteints jusqu'alors, parurent se ranimer, et elle se précipita dans leurs bras en versant des larmes. Mais ce moment fut de bien courte durée ; car peu après, elle se mit à reprocher à son père de la laisser dans un hospice, lui qui était si riche. En un mot, ses idées furent de nouveau exprimées, et cette fois avec tant de hauteur et de mépris pour ses parents, qu'il fallut la faire rentrer dans son quartier.

« Si aujourd'hui Anna ne parle plus de ses richesses, ni de ses

hautes protections, c'est la crainte, nous le répétons, qui en est cause, et pour nous, malgré les apparences, la malade n'est rien moins que guérie. »

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

19. *Recherches cliniques, faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes), sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite*, etc. ; par J. Boys de Loury, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. Costilhes, D. M.

(Suite : *voir* t. 155, juillet 1845, p. 136 ; t. 156, août, p. 191 ; t. 157, septembre, p. 152.)

(Gazette médicale de Paris, N° 28.)

Il est rare que la surface d'un col, affectée de squirrhe, soit aplatie ; ordinairement elle est irrégulière ; et si nous avons vu que dans l'engorgement il pouvait y avoir des mamelons et des anfractuosités, dans le squirrhe ces caractères deviennent plus évidents. Si la surface de l'engorgement est assez dure au toucher, ce phénomène est beaucoup plus sensible dans le squirrhe ; de plus, il y a une espèce de rénitence, d'élasticité, surtout dans celui que l'on désigne sous le nom de chondroïde, et qui est la forme qui se rapproche le plus, pour l'aspect, de l'engorgement que nous venons de décrire. Même sentiment de pesanteur, de brûlure ; même gêne dans la marche, dans la station ; mais la douleur a un caractère auquel nul praticien ne peut se tromper : c'est son *instantanéité*, sa *rapidité*, qui la rapprochent de la sensation d'un dard qui traverserait les parties. Mais quelle que soit l'habileté du praticien, ce n'est souvent qu'après beaucoup de temps et d'examen qu'il peut être sûr d'avoir affaire à l'une ou l'autre de ces maladies. En effet, l'engorgement de nature simple, quels que soient les phénomènes graves auxquels ils donnent lieu, quel que soit le temps écoulé depuis son origine, ne change pas de nature : il ne survient pas d'ulcérations, ou, s'il s'en manifeste, elles ne sont pas profondes, et ne se recouvrent pas d'un liquide sanieux. Enfin, jamais on ne voit d'hémorrhagie abondante se déclarer. Dans le cas de squirrhe, au contraire, on peut rester longtemps dans le doute, les douleurs ne se manifestant pas, ou seulement de loin en loin. Il vient seulement une époque qui peut nous éclairer : c'est lorsque l'ulcération se manifeste : elle occupe promptement toute la surface du col, et que l'on ait

recours à tous les moyens thérapeutiques, elle n'en augmente pas moins en étendue et en profondeur. Les caustiques, si puissants dans les autres cas, semblent, au contraire, ici, activer la marche destructive de cette affection. Faut-il croire que l'on puisse reconnaître toujours au marasme et à la coloration jaune-paille, que l'on dit particulière aux affections cancéreuses, le squirrhe, même à un degré avancé? Il n'en est pas ainsi. On se rappelle cette jeune femme dont nous avons donné, dans un autre chapitre (Voy. *Cancer ulcéré*), l'observation, et qui présenta jusqu'à sa mort un embonpoint et un teint remarquables. Il semble donc résulter de l'observation, que ce qui peut différencier les deux affections que nous comparons ensemble n'est, à une certaine époque, que *la douleur et les hémorrhagies suivies d'ulcérations profondes, qui ne se modifient jamais, quelle que soit la médication que l'on emploie.*

Il est une autre affection que l'on peut confondre avec l'engorgement, et d'autant plus facilement, qu'atteignant très-souvent des femmes d'un certain âge, qui ont eu plusieurs enfants, le col a conservé un volume qui, pour certains praticiens, pourrait passer pour un engorgement et être la cause principale des douleurs dont sont atteintes ces personnes. Nous voulons parler de *la névralgie de l'utérus.*

Il est excessivement difficile de juger, de prime abord, si on a affaire à un engorgement ou à une affection simplement nerveuse de l'utérus. Ce n'est qu'en interrogeant les malades avec le plus grand soin, en les examinant à plusieurs reprises, et surtout en ayant égard à leur constitution, que l'on peut porter un diagnostic précis.

Nous connaissons plusieurs dames dans le monde, qui présentent au plus haut point les phénomènes dont nous allons parler. Ces personnes sont restées jusqu'à 40 à 45 ans sans éprouver aucune affection du côté de la matrice; puis des douleurs se sont manifestées dans le bassin, dans les lombes. Ces douleurs s'irradiaient tantôt du côté de la poitrine, mais bien plus souvent le long des cuisses. Pour se faire une idée de l'intensité de ces douleurs, qu'il nous suffise de dire que, chez l'une d'elles, pour croiser les jambes l'une sur l'autre, ou pour rapprocher les genoux, il survenait des douleurs intolérables; qu'enfin ces malades étaient arrivées au point de ne faire aucun mouvement, même pour écrire. Chez ces femmes, aucune apparence d'écoulement, nulle trace d'ulcération, le col seulement un peu volumineux, et, pour terminer, disons que, chez quelques-unes d'entre elles, après plusieurs années de traitements variés, la maladie est au même

point où elle était lorsqu'elle a commencé à paraître. Nous en connaissons qui n'ont jamais pu sortir de leur chambre, qui ne pourraient supporter ni la voiture la plus douce, ni la marche sur le plan le plus uni. Assez ordinairement cette affection finit par perdre de son intensité; mais jamais les personnes ne récupèrent un état complet de santé.

L'engorgement du col, une fois qu'on a déterminé sa nature et le traitement qu'on lui doit opposer, n'est pas en général une maladie grave. Elle cause, il est vrai, des douleurs assez vives, elle s'oppose à la marche, à plusieurs actes de la vie ; mais elle guérit dans un temps plus ou moins éloigné. La constitution des malades entre pour beaucoup dans le pronostic que l'on peut porter sur cette affection : ainsi, telle femme qui a un engorgement très-prononcé guérit beaucoup plus rapidement, ayant une constitution vigoureuse, qu'un autre malade d'un tempérament lymphatique et ne présentant qu'un engorgement médiocrement volumineux. Les causes de cette maladie influent également sur sa durée. L'excès du coït est une cause fréquente, et qui présente plus de gravité que les suites de couches, par exemple, ou des fatigues par suites de marches ou de travaux. Observons ensuite que l'habitation des villes, ou mieux encore les habitudes qu'on y contracte, sont une fâcheuse prédisposition à cette affection qui est à peine connue dans les campagnes.

Si nous avons parlé, en premier lieu, des erreurs de diagnostic que l'on commettrait si l'on ne tenait compte que des symptômes locaux que présente cette maladie, c'est que ce sont eux qui peuvent le plus facilement tromper le médecin. Nous allons voir maintenant d'autres lésions qui y ressemblent physiquement, et qui, n'étant pas accompagnées des mêmes phénomènes, ne devraient jamais être confondus avec l'engorgement.

On voit quelquefois se manifester sur l'une ou l'autre lèvre, et souvent sur plusieurs points du col de l'utérus, des tumeurs arrondies sans changement de coloration ; seulement elles se laissent déprimer et présentent comme une espèce de fluctuation. Ces tumeurs ont été appelées, par les uns, *abcès du col de l'utérus*, par les autres, *tubercules*. Disons que, dans quelques cas, lorsque l'abcès est très-superficiel, il présente une coloration jaunâtre ; et si on ouvre ces tumeurs au moyen d'un bistouri, il en sort un pus plus ou moins concret : c'est tout justement à cause de l'épaisseur de ce pus et de sa couleur jaune-verdâtre qu'on lui a rapporté faussement la dénomination de tubercules. Ce n'est pas que, chez quelques phthisiques, nous n'ayons rencontré des tubercules jusque dans cet organe; mais outre que cela est fort rare,

les occasions qui nous ont été données d'ouvrir de ces tumeurs n'ont jamais eu lieu sur des phthisiques.

Une autre affection, que l'on ne confondra pas avec l'engorgement, est cet état du col dans lequel il devient comme œdémateux. Nous ne l'avons observé que sur des femmes lymphatiques; assez souvent le reste des parties génitales, et principalement le méat urinaire, participent à ce même état. Dans ce cas, le col est tuméfié d'une manière générale, il est blanc, on pourrait dire transparent, d'une apparence d'une *bille d'agate*; il se laisse facilement déprimer et conserve légèrement l'empreinte du corps avec lequel on l'a touché. C'est cette affection que M. Jobert a appelée *hydropisie du col.*

Nous aurions encore à parler de l'engorgement hémorrhagique dont se sont entretenus les auteurs; mais nous l'avons déjà décrite à l'article *Ulcération fongueuse.* Nous y renvoyons nos lecteurs.

L'engorgement du col de l'utérus est le résultat, comme nous le savons, d'une phlegmasie dont les produits consistent en une matière plus ou moins concrète qui infiltre les mailles du col : c'est contre cet état que les auteurs ont préconisé un grand nombre de moyens.

De là deux indications thérapeutiques qui consistent : 1° *à arrêter la phlegmasie par les agents convenables;* 2° *à favoriser l'absorption des produits de sécrétion.*

Voici comment nous procédons.

Lorsque l'affection est encore à l'état aigu, et qu'il n'existe aucune complication ni aucune contre-indication, nous pratiquons une ou plusieurs petites saignées du bras, de 125 à 250 grammes, proportionnées, du reste, à l'âge, à la force et au tempérament de la malade. Dans quelques cas de congestion active du col, nous préférons appliquer de temps en temps des sangsues, en nombre variable (de quinze à trente), sur le col même de l'utérus, et les faisons saigner au moyen d'injections chaudes, ou bien en donnant un bain de siége composé d'herbes émollientes.

Mais, le plus ordinairement, on n'est consulté par les malades que quand la maladie est déjà ancienne. Nous ne débutons pas, dans ce cas, à moins d'indication particulière, par les antiphlogistiques ; car souvent alors nous avons affaire à des femmes épuisées, soit par le progrès toujours croissant de l'engorgement dont la cause persiste encore, soit par un traitement qui a été trop énergique et intempestif.

Nous faisons usage, dans cette circonstance, avec beaucoup de succès, des résolutifs, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, surtout

de ces derniers. C'est ainsi que nous appliquons sur le sacrum, siége de prédilection, des emplâtres de poix de Bourgogne que nous saupoudrons de 4 à 6 grammes de tartre stibié ; nous les laissons à demeure pendant huit à dix jours, et nous les renouvelons si la nécessité nous en est démontrée. En même temps que l'éruption suit son cours, nous faisons prendre à la malade deux bains entiers par semaine, et des injections astringentes et résolutives trois à quatre fois par jour : décoctions de feuilles de noyer, de ratanhia, etc. Nous nous trouvons très-bien, dans ces cas, des frictions résolutives sur les aines et l'hypogastre. Celles que nous employons de préférence sont l'iodure de potassium et l'iodure de plomb.

Lorsque les malades sont prises de douleurs névralgiques pendant l'écoulement menstruel, nous avons recours avec avantage aux préparations opiacées associées aux antispasmodiques (pilules d'extrait gommeux d'opium et gomme ammoniaque).

Enfin, un régime doux, pris en petite quantité, le repos de l'organe, et le décubitus horizontal, sont indispensables quand l'engorgement est considérable.

L'engorgement s'accompagne-t-il de catarrhe utérin, et reconnaît-il pour point de départ la phlegmasie de la cavité intra-utérine, c'est la phlogose de la muqueuse utérine qu'il faut alors combattre par les moyens appropriés ; l'engorgement du col diminue à mesure que le catarrhe utérin perd de son intensité. (Traitement antiphlogistique au début, saignées dérivatives ; boissons délayantes, acidulées plus tard.) Nous ajouterons que nous avons employé avec succès, pendant plusieurs années, à Saint-Lazare, une teinture saccharolée de poivre cubèbe.

Prenez : Poivre cubèbe..... 60 grammes.
Alcool à 31°..... 250 —

Faites macérer pendant 48 heures, filtrez, et édulcorez avec 125 grammes de sirop de sucre. (Une cuillerée à bouche matin et soir.)

C'est une liqueur que nos malades ne répugnent pas de prendre, et qui a une action curative assez constante, surtout quand elle est administrée en même temps que des purgatifs. A l'extérieur, nous conseillons des injections astringentes froides, et, deux ou trois fois la semaine, nous cautérisons, à l'aide du nitrate d'argent fondu, l'intérieur du col, aussi profondément que possible.

Nous avons, pendant plus d'une année, fait usage de l'iodure de potassium dans les engorgements du col de l'utérus, mais avec des résultats variés. C'est ainsi que, chez quelques malades, il y a eu une amélioration bien notable ; quelques autres n'ont éprouvé aucun changement et sont restées stationnaires. Cela

tient, sans doute, à ce que ce médicament n'agit pas également sur tous les engorgements, et qu'il faut, avant tout, avoir égard à la constitution, à la nature et à la durée de la maladie. Ainsi, nous avons fait la remarque qu'il ne faut jamais se servir de cet agent lorsque l'utérus se trouve encore sous l'influence d'une congestion sanguine, chez des femmes à tempérament pléthorique et nerveux. Mais il n'en est pas de même lorsqu'on l'administre à une malade d'une constitution molle, lymphatique, qui porte depuis longtemps un engorgement qui est peu ou point douloureux.

La formule que nous avons adoptée est la suivante :

Prenez :	Infusion de houblon.	125 grammes.
	Iodure de potassium.	50 à 75 centigr.
	Sirop de sucre.	30 grammes.

A prendre en deux fois, le matin et le soir.

Nous augmentons, tous les quatre jours, de 25 centigrammes, jusqu'à ce que nous soyons arrivés à 2 grammes.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans parler du mode de traitement auquel nous soumettons quelquefois nos malades, et qui nous a donné d'heureux résultats. On rencontre, en effet, assez souvent, des cas d'engorgements chroniques contre lesquels tous les moyens rationnels échouent : c'est alors qu'il faut faire usage d'agents capables de réveiller la vitalité de l'organe malade, en produisant une inflammation partielle, soit avec le fer incandescent, soit à l'aide de caustiques puissants. Le fer rouge, quoique ne déterminant aucune douleur, et n'étant jamais suivi d'accidents, d'après quelques travaux tirés de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, n'en effraie pas moins les malades, et un grand nombre refuse de se livrer à un pareil moyen. C'est dans le but d'obvier à ce refus, de la part de certaines personne affectées d'engorgements, que nous avons employé le caustique de Vienne solidifié. Nous ajouterons que lorsqu'on a acquis une certaine habitude, on peut, *à volonté*, mesurer l'action de ce caustique, et que jamais nous n'avons eu à redouter une réaction générale. Nous allons en rapporter deux observations (la troisième et la quatrième).

1° *Engorgement très-volumineux du col de l'utérus, sans leucorrhée; révulsifs cutanés; guérison rapide.*

Obs. XVI. — La nommée Deveaux (Marie), âgée de 30 ans, d'une constitution molle, lymphatique, entre à Saint-Lazare le 5 novembre 1843. Cette femme, depuis six mois, est mal réglée et porte un engorgement du col de près de 4 cent. de diamètre :

elle n'a jamais eu d'écoulement; mais elle se plaint de douleurs intenses dans le bas-ventre, d'un sentiment de pesanteur, de tiraillements dans les lombes et dans les cuisses. Cet engorgement s'est développé très-lentement; car, selon toutes les probabilités, il remonte à un avortement qu'elle a fait il y a six ans. L'examen au spéculum laisse voir un col régulièrement engorgé, d'un blanc mat, sans trace aucune d'ulcération. Le toucher augmente encore plus les douleurs de la malade.

Cette femme était entrée quatre mois auparavant dans nos salles pour un engorgement du col contre lequel nous avions employé le traitement antiphlogistique d'abord, puis les révulsifs.

Le jour de l'entrée de Deveaux, nous faisons une application sur le sacrum d'un emplâtre de poix de Bourgogne de 12 centim. de diamètre, saupoudré de 3 grammes de tartre stibié; injections de feuilles de noyer. L'éruption pustuleuse devient confluente, et bientôt l'engorgement du col diminue, ainsi que les accidents qu'il déterminait.

La malade sort guérie le 11 décembre, après un séjour de 38 jours. Le col n'avait alors que 2 cent. de diamètre.

2° *Engorgement considérable du col; leucorrhée abondante; hémorrhagies utérines fréquentes; emplâtre stibié; guérison.*

Obs. XVII. — Berne (Marie), âgée de 26 ans, d'une belle constitution, mais très-pâle, ayant la peau décolorée, entre à Saint-Lazare le 28 mai 1842. Cette femme, qui a eu cinq enfants et trois fausses couches, est sujette à des pertes rouges très-abondantes qui durent dix à quinze jours et se renouvellent tous les quatre à cinq mois. Nous constatons, au toucher, un engorgement de 3 centim. de diamètre; le col, généralement dur, indolent, examiné au spéculum, est d'un blanc pâle; un écoulement blanchâtre apparaît à l'orifice externe du col. Du reste, la malade n'éprouve aucune douleur dans les reins, pas de tiraillements dans les cuisses, seulement de la pesanteur dans la région hypogastrique. (Emplâtre stibié sur le sacrum, injections acéto-alunées, vin de quinquina 125 gr.) Nous appliquons un second emplâtre après que le premier a produit son effet. Sous l'influence de ce dernier, l'engorgement a diminué rapidement, et la malade est sortie guérie après un séjour de 61 jours.

3° *Engorgement très-volumineux du col, sans ulcération; insuccès des révulsifs cutanés; deux cautérisations avec le caustique de Vienne solidifié; guérison.*

Obs. XVIII. — La nommée Noël, âgée de 31 ans, d'une

constitution lymphatique, entre à Saint-Lazare le 2 mai 1843. Cette femme n'a jamais eu de maladies vénériennes; elle a eu deux accouchements à terme, le dernier datant de dix-huit mois. Depuis cette époque, cette malade éprouve un sentiment de pesanteur dans le bassin qui se prolonge jusque dans les lombes; elle a très-peu d'écoulement. Vu au spéculum, le col n'offre aucune trace d'ulcération; il peut avoir 4 à 5 centim. de diamètre; le col est légèrement pâle, il a une propension à se tourner vers le côté gauche. Le toucher donne la sensation d'un corps uniformément dur et qui paraît lourd. En pressant doucement de manière à le faire remonter, la malade éprouve un sentiment de bien-être qui cesse aussitôt que l'on retire le doigt. Le col se trouve être à 7 centim. de l'entrée du vagin.

Cette femme a été dans plusieurs hôpitaux, et a été traitée par des méthodes diverses sans en obtenir aucun soulagement; loin de là, sa constitution paraît détériorée.

Nous commençons par tonifier la malade, et nous nous contentons de lui prescrire des injections de feuilles de noyer très-concentrées pendant près d'un mois sans apercevoir rien de notable dans les changements que la médication a pu apporter. Nous avons essayé de donner l'iodure de potassium, même à très-petite dose; la malade n'a pu le supporter. Après avoir employé, sans succès, les emplâtres stibiés sur le sacrum, nous nous déterminons alors à appliquer sur le col quatre boutons de caustique de Vienne solidifié, d'un peu plus d'un centimètre de diamètre chacun. Le caustique est maintenu, pendant une demi-minute, pour les quatre applications, et détermine une *rougeur brune* caractéristique de son action. La femme n'éprouve aucune douleur, ni pendant l'application du caustique, ni dans les jours suivants. On ne remarque pas non plus d'augmentation dans l'écoulement. Examinée au spéculum cinq jours après, l'orifice du col est entouré d'une auréole rougeâtre, causée par le caustique, et autour de laquelle il y avait un peu de boursoufflement. Nous prescrivons des injections émollientes et des bains entiers, et nous examinons de nouveau la malade dix jours après la cautérisation. La cicatrisation est presque opérée, et le col semble avoir un peu diminué de volume. La cautérisation est répétée après les règles de la malade.

Pour ne pas entrer dans plus de détails, nous dirons que cette femme est sortie deux mois après la deuxième cautérisation, n'éprouvant plus de douleurs, et le col réduit à 3 centim. de diamètre. Ajoutons que la santé générale de cette femme s'est notablement améliorée.

4° *Engorgement volumineux du col sans ulcération ; écoulement abondant; cautérisation à l'aide du caustique de Vienne solidifié; guérison.*

Obs. XIX. — Larbouillat, Josephine, âgée de 24 ans, domestique, arrivée depuis peu de temps à Paris, entre à Saint-Lazare le 23 février 1843, pour un chancre simple à la fosse naviculaire, qui guérit en peu de jours. Cette femme, d'une bonne constitution, a eu un enfant et deux fausses couches; elle éprouve, depuis quelque temps, un sentiment de pesanteur, principalement sur le rectum. Son linge est taché par de la matière blanche-verdâtre ; le toucher fait reconnaître que le col est irrégulier, pesant ; et quand on fait opérer à cet organe des mouvements, la malade accuse de la douleur. Le spéculum fait voir le col d'une couleur blanchâtre de 4 centimètres de diamètre. L'orifice du col est déchiré irrégulièrement ; cependant il n'est pas ulcéré à l'intérieur. Nous faisons, pendant quelque temps, subir à la malade un traitement antiphlogistique (saignées dérivatives), d'autant plus que cette femme est pléthorique et que plusieurs époques menstruelles ont manqué ; nous employons en même temps des injections astringentes et résolutives sans aucun succès. Des résolutifs cutanés sont appliqués sur le sacrum, ils restent impuissants. Nous avons alors recours à l'application de deux boutons de caustique de Vienne sur les côtés de l'orifice du col. La malade n'éprouve aucune douleur. Nous l'examinons au bout de 6 jours, et le col nous paraît déjà diminué de volume. Nous ne revenons pas à l'usage du caustique, et nous faisons continuer les injections. La malade, au moment de sa sortie, qui a suivi d'un mois la cautérisation, n'a plus qu'un col de 2 centimètres de diamètre.

Nous devrions, pour terminer tout ce qui a trait aux affections de l'utérus, nous occuper ici d'une maladie que nous observons souvent à St-Lazare : le *catarrhe utérin*. Mais notre intention est d'en faire le sujet d'un article développé, que nous nous proposons de publier plus tard.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

20. *Nouvelles remarques sur l'emploi de l'alcoolé tannique dans le traitement de la leucorrhée et des ulcères du col de l'utérus*; par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Revue médicale, mai 1845.)

On introduit dans un assez grand appareil à déplacement huit livres de poudre grossière de noix de galle ; cette poudre étant

légèrement tassée et recouverte d'une lamelle cribleuse en zinc, on verse dessus cinq litres d'alcool à 33°. Le liquide pénètre la masse couche par couche, successivement, et reste en contact avec la poudre pendant trois ou quatre jours ; après quoi on le laisse écouler par le robinet inférieur. Cette opération est répétée trois et quatre fois, avec une nouvelle addition d'alcool, jusqu'à ce que la poudre soit bien épuisée. Quinze litres d'alcool suffisent pour cela : alors on remplace l'alcool par l'eau, qui, ajoutée à la quantité de cinq ou six litres, déplace et chasse au-dessous d'elle l'alcool que retient la poudre.

L'épuisement par l'alcool étant terminé, tout ce liquide est réuni dans le bain-marie d'un alambic pour être distillé, et cette distillation permet de recueillir environ quatorze litres d'alcool sur les quinze employés dans l'opération. Reste dans le bain-marie, après la distillation, un extrait sur lequel, encore chaud, on verse deux litres d'alcool. La solution opérée, on aromatise avec les essences de bergamotte, citron, lavande, etc., la teinture alcoolique de benjoin : on laisse ensuite refroidir en repos, puis l'on filtre au papier. La filtration terminée fournit une liqueur brune, limpide, astringente et aromatique, qui est notre *alcoolé tannique*.

Cette liqueur s'emploie en injections, dans la proportion d'un huitième environ sur sept huitièmes d'eau ; c'est la proportion la plus élevée dont je me sois servi. J'ai soin que les femmes se servent d'une canule de gomme élastique à une seule ouverture, de manière que le jet du liquide pénètre bien dans la profondeur du vagin et vienne encore frapper avec une certaine force le col de l'utérus.

Quelques essais faits sur l'homme m'ont prouvé que ces injections étaient des plus efficaces contre la *blennorrhée ;* mais c'est surtout dans les écoulements des femmes que je les ai employées en grand, et j'avoue que je crains leur action très-fortement astringente sur le canal de l'urèthre de l'homme.

Parmi les faits nombreux soumis à mon observation depuis près de neuf ans que j'emploie ce remède, je choisirai quelques exemples relatifs à la blennorrhagie , aux ulcères vénériens ou autres du col de l'utérus, et à la leucorrhée.

1° *Suite de blennorrhagie et ulcère granulé du col de l'utérus.* — Une jeune femme, sans enfants, mariée depuis plusieurs années à un homme de mœurs relâchées, et qu'elle soupçonnait de l'avoir infectée au retour d'un voyage, présentait un écoulement semi-purulent, *uréthral* et *utérin* (sans inflammation notable du vagin), et un ulcère rond, grisâtre, grenu, bien circonscrit, occu-

pant à peu près toute l'étendue du museau de tanche (d'ailleurs petit et virginal). La maladie datait pour elle de plus d'une année ; mais, sur ce point, nous avons dû nous en rapporter à son dire. Les injections d'alcoolé tannique et l'usage de notre *sirop de deuto-iodure ioduré* avaient dissipé tous les phénomènes morbides dans l'espace de cinq semaines. Je conseillai toutefois la continuation des injections, matin et soir, pendant quinze jours, et du sirop pendant un mois. La malade, examinée de nouveau au *spéculum*, au bout de ce temps, était radicalement guérie.

2° *Ulcère vénérien du col de l'utérus.* — Ce cas est un des plus curieux et des plus remarquables qu'on puisse citer relativement au degré d'importance que peut acquérir, dans certaines circonstances données, le diagnostic précis des affections utérines.

Il s'agit d'une nourrice, bien portante en apparence, et qui, depuis environ deux mois, allaitait sans inconvénient un nourrisson de la ville. Pourtant, une éruption squammeuse qui existait autour de la ceinture, et que cette femme attribuait à la pression du corset, avait été découverte par hasard et avait fixé l'attention du médecin de la maison. Une consultation eut lieu pour fixer la nature de cette éruption ; mais on resta dans le doute. Appelé à mon tour à porter un jugement, je n'osai pas non plus me prononcer ; mais j'insistai sur la nécessité d'examiner le col utérin, vu qu'il existait, de l'aveu de la nourrice, un peu de flueurs blanches, et que l'on s'était borné jusque-là à l'examen des parties génitales externes. Le *spéculum* introduit fit reconnaître un ulcère rond, grenu, bien limité, et occupant les deux lèvres du museau de tanche.

Bientôt nous pûmes remonter à l'origine du mal en retrouvant l'amant de cette femme, qui, lui-même, était affecté d'une *syphilide*, et qui reconnut avoir pu infecter cette malheureuse en la rendant grosse.

Dès lors elle fut séparée de son nourrisson et soumise à notre traitement spécial par le *sirop de deuto-iodure ioduré*. Après deux mois de traitement, la guérison était complète ; les injections à l'*alcoolé tannique* ayant été négligées dans les premiers temps, l'éruption cutanée avait déjà cédé que l'ulcère du col ne manifestait encore aucune tendance à la cicatrisation : employées ensuite, quoique avec assez de négligence par la malade, elles eurent pour effet la dessiccation rapide de la surface ulcérée, et favorisèrent évidemment la résolution.

3° *Ulcère atonique du col de l'utérus et leucorrhée.*—Madame B., âgée d'une trentaine d'années, pâle, amaigrie, épuisée par des peines physiques et morales, accouchée depuis dix-sept mois,

était restée souffrante depuis cette époque, et voyait sa santé s'altérer tous les jours davantage.

L'utérus descendu, mobile, col dirigé en arrière et à gauche, fournissait en abondance un écoulement blanc laiteux, qui venait baigner les parties génitales externes ; le col, volumineux, allongé, irrégulier, lacinié, présentait à sa surface un ulcère irrégulier, fongueux, mou et indolent. Des douleurs gravatives lombaires, hypogastriques et anales, coexistaient avec cet état ; la malade, très-inquiète et très-abattue, éprouvait de la gêne et de la fatigue dans la station. Elle avait en outre une gastralgie assez prononcée.

Un régime tonique, l'usage quotidien des bains de siége et des lavements froids, les injections répétées deux fois le jour avec l'*alcoolé tannique*, amenèrent en peu de temps une amélioration très-marquée. Les injections notamment produisirent sur l'état local une modification presque surprenante. Au bout d'un mois, en effet, on trouvait les parties externes et le vagin resserrés, le col utérin dégorgé et remonté, le flux laiteux réduit à des proportions minimes, et transformé (comme cela arrive ordinairement à la suite des injections tanniques) en une sorte de pseudomembrane concrète apparaissant à l'entrée du museau de tanche ; l'ulcère irrégulier qui avait envahi les deux lèvres du col, desséché et presque entièrement cicatrisé, ne laissait plus apercevoir que quelques bourgeons granuleux isolés. Le traitement fut continué avec persévérance, et j'ai revu la malade, complètement guérie, au printemps de l'année suivante (j'avais été consulté pour la première fois au mois de mars 1842).

4° *Ulcère fongueux de l'utérus avec engorgement du col et prolapsus ; leucorrhée.* — Une dame, mère de plusieurs enfants, lymphatico-sanguine, et ayant acquis un embonpoint rapide depuis la cessation des règles, qui avait eu lieu deux ans auparavant, portait depuis six mois des éponges, qu'elle introduisait journellement dans le vagin pour contenir un prolapsus utérin très-incommode. En dernier lieu, un flux leucorrhéique abondant, des douleurs lombaires et hypogastriques, une sensation constante de gêne et de pesanteur dans le vagin, l'avaient fait renoncer à l'usage du corps étranger, qui, d'ailleurs, ne remplissait que très-imparfaitement le but que l'on s'était proposé en l'employant. La marche était devenue à peu près impossible, car elle provoquait la saillie d'une tumeur formée par un prolapsus vaginal à l'entrée de la vulve et une douleur gravative qui forçait à garder le repos. Des chirurgiens éminents furent consultés et conseillèrent l'usage d'une *ceinture hypogastrique*, qui ne fit qu'aug-

menter les incommodités habituelles de cette dame, réduite ainsi à renoncer à presque toutes les occupations de la vie sociale.

Ce fut alors que, consulté à mon tour, j'examinai la malade et constatai les désordres suivants : Tumeur arrondie, formée à l'entrée du vagin par la paroi antérieure de ce canal poussée en bas; utérus à l'état de prolapsus et dans une antéversion assez prononcée; col situé en arrière, mais facile à ramener en avant, engorgé, volumineux, très-irrégulier, largement ulcéré dans presque toute l'étendue du museau de tanche; cet ulcère fongueux, inégal, irrégulier, douloureux au toucher, avait été très-certainement produit par le froissement opéré par les éponges durcies et séchées qui avaient agi comme corps contondant. Un liquide visqueux et glaireux, abondant, s'écoulait de la surface du col.

J'essayai d'abord des douches ascendantes froides, qui ne purent être supportées et aggravèrent les douleurs. Après quelques jours de repos, je prescrivis les injections à l'*alcoolé tannique;* et, dans ce cas, les effets du remède furent d'autant plus frappants et d'autant plus faciles à constater, qu'il fut employé seul.

Au bout de peu de jours, la leucorrhée avait presque disparu, le vagin s'était resserré, la marche était devenue possible.

A peine un mois s'était écoulé, que l'ulcère avait été desséché et cicatrisé; le col utérin dégorgé avait repris sa place, et Mme *** n'éprouvait presque plus rien des incommodités antérieures. Les bains de siége froids et une saison passée aux eaux salines de Lavey ont consolidé la guérison, qui a été complète et date aujourd'hui de plus de deux ans. C'est un des plus beaux succès que j'aie obtenus de l'emploi de l'*alcoolé tannique.*

5° *Leucorrhée et uréthrite purulentes, suites de blennorrhagie.* — Une dame lymphatico-sanguine, assez chargée d'embonpoint, traitée pendant longtemps par feu Cullerier neveu, qui avait pratiqué sans succès un grand nombre de cautérisations des parties avec la pierre infernale et la solution de nitrate d'argent, était affligée depuis près de trois ans d'un écoulement qui la désespérait et qu'elle regardait comme incurable. Une suppuration abondante sortait du méat urinaire rougi, induré, douloureux, et du museau de tanche examiné au spéculum. Le col de l'utérus volumineux, rougi, excorié, un peu induré, était douloureux à la pression, soit du doigt, soit du spéculum. Cette femme, d'ailleurs d'une santé florissante, éprouvait de la pesanteur dans le bassin et quelques douleurs dans les reins, les cuisses, l'hypogastre.

Découragée par le mauvais résultat des tentatives déjà faites,

et notamment des cautérisations qui avaient toujours paru plus nuisibles qu'utiles, elle avait bien peu de confiance dans un nouveau traitement.

Pendant plusieurs mois, je me bornai localement à l'usage des bains de siége froids, des injections froides et additionnées de vinaigre rosat; durant l'été, elle prit des bains de rivière, et à l'intérieur le *sirop de deuto-iodure ioduré*. L'écoulement, faiblement modifié, persistait toujours. Les douches ascendantes froides, dont j'ai obtenu si souvent des effets inespérés, ne purent être supportées. C'est alors que j'en vins aux injections à l'*alcoolé tannique*, d'abord employées rarement et à faible dose, parce qu'elles occasionnaient quelques douleurs. Ce nouveau remède eut le succès le plus rapide et le plus remarquable possible : bientôt, employé plus hardiment, et continué avec persévérance, il réussit enfin à débarrasser cette femme d'un écoulement que, moi-même, j'avais été porté à regarder d'abord comme à peu près incurable. Le traitement total ne dura pas moins de dix-huit mois.

6° *Pseudo-blennorrhagie ou leucorrhée purulente constitutionnelle.* — Madame D***, âgée d'une vingtaine d'années, mariée depuis dix-huit mois, d'une constitution lymphatico-nerveuse, teint pâle, avait eu dans son enfance des éruptions gourmeuses répétées et prolongées. La cohabitation conjugale avait toujours été douloureuse; le mari était parfaitement sain et très-soigneux de sa personne.

Une éruption abondante se montre durant l'été sur les cuisses et le ventre; elle paraît avoir été pustuleuse (*ecthyma cachecticum*), et a laissé des cicatrices. A mesure que cette éruption guérit, elle fut remplacée par un écoulement avec quelque acuité au début, et qui persista à l'état purulent. La nature de cet écoulement et l'éruption dont il avait été précédé éveillèrent la sollicitude du médecin ordinaire; mais il resta bien démontré pour moi qu'il n'y avait pas lieu de soupçonner une infection syphilitique, et que nous avions affaire à une affection constitutionnelle scrofuleuse.

La malade, amaigrie, affaiblie, découragée, souffrant de l'estomac et digérant mal, vint se faire soigner à Paris, en décembre. Pendant près de trois mois, le traitement se composa ainsi qu'il suit :

1° Régime tonique et substantiel;

2° Une ou deux fois la semaine, lorsque le temps ne sera pas trop rigoureux, bain sulfureux avec douche ascendante en injection dans les dernières dix minutes du bain;

3° Chaque jour, matin et soir, un bain de siége frais et une injection froide avec addition d'acétate de plomb liquide.

4° Mixture iodurée, formulée de manière que tous les matins la malade prît (comme anti-scrofuleux) un gramme d'iodure de potassium.

Il fallut en outre combattre la constipation à laquelle la malade était sujette, par des lavements laxatifs, l'eau de Bussang aux repas, les pilules d'aloès, etc.

Ce traitement rétablit les fonctions de l'estomac et la santé générale, mais n'eut que peu ou point d'influence sur l'écoulement. Celui-ci restait mucoso-purulent, fourni en abondance par la cavité du col utérin (d'ailleurs sain et virginal, quoique rougi, ainsi que le fond du vagin, par le contact du liquide qui baignait sans cesse ces parties). La matière de l'écoulement paraissait entre les grandes lèvres, dès qu'on les écartait, et s'introduisait, par refoulement, dans le méat urinaire; en sorte qu'on aurait pu croire, à la première vue, à une complication d'*uréthrite* qui n'existait réellement pas.

J'employai alors les injections à l'*alcoolé tannique*, et presque aussitôt l'écoulement parut supprimé, du moins aux yeux de la malade, sans aucun inconvénient pour la santé générale.

Un nouvel examen des parties, fait après un mois environ de l'emploi de ce remède énergique, me fit reconnaître en effet que l'écoulement purulent si abondant, que j'avais encore vu le mois précédent, était réduit à un très-léger flux leucorrhéique clair et visqueux, comme en ont beaucoup de femmes lymphatiques qui n'y font d'ailleurs aucune attention.

Ce petit nombre de faits choisis entre une multitude d'autres, dont plusieurs aussi concluants et aussi remarquables, suffira, je pense, pour appeler l'attention des praticiens sur un remède à la fois héroïque et inoffensif, mais que je suis loin, bien entendu, de proclamer comme un *spécifique*.

Les affections utérines, dont on a, depuis une vingtaine d'années, si ridiculement exagéré la fréquence et l'importance, se réduisent chez la plupart des femmes qui ne sont atteintes ni de cancer ni de tumeurs de diverse nature : 1° Ou à des maladies *vénériennes* (ulcères, soit *primitifs*, soit *consécutifs* du col de l'utérus, ou suites de *blennorrhagie*); 2° ou à des *leucorrhées*, qui tantôt ne sont qu'un épisode insignifiant d'un état général auquel le médecin doit ses principaux soins, et tantôt ont au contraire une influence prédominante qui peut devenir la source de divers accidents nerveux plus ou moins généraux, ou se borner à déterminer des incommodités locales. A cette dernière catégorie doivent encore

être rapportés ces cas de congestion passive du col, d'ulcères accidentels, de prolapsus utérin, qui se rattachent le plus ordinairement aux suites de l'accouchement.

Eh bien ! dans tous ces cas, l'*alcoolé tannique*, soit comme adjuvant, soit comme remède principal, est un remède topique dont les avantages ne sauraient être révoqués en doute, et sur lequel je n'hésite pas à appeler de nouveau l'attention de mes confrères.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE.

Endémies de la Meurthe.—M. Gabriel, médecin à Monmeny (Meurthe), adresse quelques remarques à l'occasion d'un mémoire envoyé récemment par M. Assalon, relativement aux maladies endémiques et épidémiques du département de la Meurthe, et particulièrement de Dieuze et des lieux voisins. M. Assalon signalait dans les maladies endémiques de ces pays des circonstances d'intermittence que M. Gabriel dit n'avoir jamais rencontrées. Suivant ce dernier, les fièvres typhoïdes sont assez rares dans le canton de Dieuze et nullement périodiques. Les fièvres intermittentes quotidienne, tierce, double tierce et quarte, y sont endémiques. Quant aux affections charbonneuses que signalait M. Assalon, il ne les a rencontrées qu'une fois.

Les causes de la fréquence des fièvres intermittentes dans ce canton tiennent à la grande quantité d'étangs et de marais qu'on y rencontre, et non à l'étang de Lindre seul.

Dans les communes voisines de l'étang de Lindre, il y a eu rarement des fièvres typhoïdes, et toujours des fièvres intermittentes. Au contraire, le pays de Monmeny, où il n'y a qu'un petit étang, se fait remarquer par la fréquence des fièvres typhoïdes, qui s'y montrent quelquefois épidémiques et contagieuses.

Quant aux fièvres intermittentes, elles sont très-rares ; et quand il s'en montre quelques cas, elles sont bénignes et cèdent facilement au sulfate de quinine.

Ce n'est pas quand l'étang de Lindre est plein d'eau que les fièvres intermittentes sont plus fréquentes, mais dans les années humides et chaudes. Dans ces années, les végétaux et les animaux se corrompent plus facilement et en plus grande quantité. De là les effluves putrides qui s'en échappent et se répandent en plus grande abondance dans le pays.

Système d'assainissement par la ventilation. — M. Petit de Maurienne envoie à l'Académie la copie d'un rapport qu'il adresse au ministre de l'intérieur sur l'essai de son système d'assainissement par la ventilation, essai fait avec succès dans une salle d'infirmerie, un dortoir et un atelier de la prison centrale de Melun. Ce système consiste à pratiquer des orifices dans les murs, près du plancher inférieur, et à remplacer, en guise de vasistas, les vitres des carreaux supérieurs des fenêtres par des toiles métalliques à mailles plus ou moins serrées.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE.

M. Bourgery termine la lecture de son mémoire sur les nerfs des membranes séreuses. En voici les conclusions :

1° Les membranes séreuses, dans lesquelles on n'a jamais reconnu de nerfs, et que tant d'anatomistes distingués en ont supposé complètement dépourvues, sont, en anatomie, le tissu qui en contient le plus.

2° Les nervules des membranes séreuses, de 1/10 à 1/50 de millimètre de diamètre, y forment un canevas, en général, à plusieurs plans superposés, partout anastomosés à courtes distances, et interceptant de petits espaces polyédriques irréguliers qui n'excèdent guère 1/5 à 1/10 de millimètre.

3° Ces nervules sont renfermées dans des enveloppes de tissu ligamenteux élastique, qui les contiennent, les protègent, et, par l'intrication de leurs fibrilles microscopiques, déterminent leurs jonctions mutuelles, sans solution de continuité de la substance nerveuse ; de sorte que l'ensemble offre l'aspect d'un simple réseau fibreux. C'est à ce canevas, qui forme la charpente de la membrane, que celle-ci doit son reflet nacré, sa résistance et son élasticité.

4° Les nerfs d'origine sont indifféremment de deux sortes : ganglionnaires et cérébro-spinaux. L'espèce de nerfs qui s'épanouit dans une région déterminée d'une membrane séreuse dépend de ceux de la paroi sur laquelle elle s'applique. Ainsi, les nerfs sont fournis par les rameaux rachidiens sur les parois musculaires du tronc, par les plexus extra-viscéraux sur la paroi rachidienne, par les uns et les autres dans les espaces intermédiaires communs, où existent les deux espèces de nerfs, et, par exemple, dans les gouttières dorsales et lombaires, les médiastins, le diaphragme, la paroi abdominale antérieure et le contour du bassin.

5° L'aptitude organique des membranes séreuses à s'approprier ou absorber toute espèce de nerfs, ce que l'on pourrait appeler en quelque sorte leur capacité nerveuse, est telle, qu'aucun nerf, quel qu'il soit, cérébro-spinal ou ganglionnaire, et, quelle que soit sa destination ultérieure, ne passe au voisinage ou en contact d'une membrane séreuse sans lui fournir des filets. Quand des nerfs différents sont voisins, ils

en fournissent de concert, mais, à ce que j'ai cru reconnaître, sans être anastomosés avant leur entrée dans la membrane.

Dans toutes les observations si nombreuses que j'ai faites et réitérées sur tous les points, je n'ai trouvé aucune exception à ces conditions générales.

6° D'un autre côté, ce que l'on pourrait appeler l'indifférence des nerfs pour leurs modes de terminaison est telle, que, dans les parois du tronc, partout les rameaux se distribuent indistinctement, par filaments microscopiques, aux muscles, aux divers tissus mous, et finalement aux séreuses. Ce fait est surtout remarquable et double en quelque sorte d'évidence dans le diaphragme, où les rameaux résultant de l'anastomose du phrénique et des filets vasculaires émanés des ganglions cœliaques se rendent également aux fibres musculaires et sur les deux faces des ventres charnus, à l'une et à l'autre membrane séreuse, le péritoine et la plèvre. Aucun fait anatomique n'a encore montré plus évidemment que le même nerf se compose de filets destinés à des fonctions différentes.

7° L'aspect des filets de terminaison est invariablement le même pour chaque espèce de nerfs.

Les filaments terminaux des nerfs cérébro-spinaux, qui traversent les enveloppes celluleuses des muscles pour se rendre dans les séreuses, sont de deux sortes. Les uns, nés des nervules superficielles des fibres musculaires du premier plan, sont simples et s'insinuent directement un à un dans la séreuse. Les autres, en aussi grand nombre, sont de petits faisceaux qui émergent entre les fibres musculaires des rameaux plus profonds et s'épanouissent en gerbes dans la séreuse, où ils s'anastomosent immédiatement entre eux et avec les précédents.

Toutes ces nervules, quoique revêtues d'un névrilème de tissu ligamenteux élastique, sont un peu molles et grisâtres. Elles sont moins solides, moins rigides, et blanchissent un peu moins par leur immersion dans l'eau acidulée que celles d'origine ganglionnaire, leur enveloppe étant plus mince. Mais une fois entrés dans la séreuse, les conditions changent, le réseau commun prenant au contraire plus de fermeté, avec une proportion plus grande de tissu ligamenteux élastique. Ces caractères sont communs à toutes les nervules musculaires ou cérébro-spinales des séreuses, soit des parois thoraco-abdominales, pour le péritoine et la plèvre, soit du crémaster pour la tunique vaginale. Ils montrent que le tissu fibreux élastique n'est pour les nerfs du péritoine et de la plèvre qu'un élément de protection et de solidité propre à donner à la membrane séreuse la résistance et l'élasticité nécessaires pour résister, sans se rompre, aux frottements et aux tractions qu'elle est appelée à subir.

Ces nervules, d'origine splanchnique ou ganglionnaire, sont de trois sortes :

A. Les nervules splanchniques de la première espèce appartiennent aux grands replis des membranes séreuses, le péritoine et la plèvre. Ce sont les plus fortes, celles qui se présenteut le mieux tissées et tramées en un réseau solide. Partout, leur résistance, l'épaisseur et et l'enchevêtrement à divers plans de leurs filets névrilématiques , sont proportionnés à la mobilité du repli où elles se trouvent, et par conséquent aux efforts de traction qu'elles ont à supporter. Ainsi, les réseaux les plus forts sont ceux des feuillets mésentériques, des ligaments péritonéaux du foie , de la rate , de la vessie , du rectum, de l'utérus. Viennent ensuite , pour la plèvre, les réseaux des médiastins, et, pour le péritoine, ceux des feuillets de revêtement des reins et de la vessie.

B. Les nervules splanchniques de la seconde espèce sont celles des feuillets viscéraux , formées en général de longs filaments très-fins , anastomosées dans un seul plan, et un canevas délié à longues mailles rhomboïdales.

C. Les derniers nerfs ganglionnaires des séreuses sont des nervules grises ou sans enveloppe apparente fibro-élastique.

8° Les nerfs propres du péritoine émanent des six surfaces pariétales et de la grande surface multiloculaire viscérale. Sur les parois latérale et la plus grande partie de la paroi antérieure, les nervules sont uniquement fournies par les rameaux musculaires des six derniers nerfs intercostaux et des deux premiers lombaires. Mais, au milieu de la paroi antérieure, elles sont coupées par une chaîne splanchnique, origine de nervules péritonéales ganglionnaires et composées de deux plexus.

9° Les nervules péritonéales , tant cérébro-spinales que ganglionnaires, sont faciles à voir au microscope ou à la loupe, à des grossissements de trois à dix diamètres, sur des pièces qui ont macéré dans l'eau acidulée avec 1/100 à 2/200 d'acide azotique.

Ablation partielle des dents. — M. Schlund adresse un travail dans lequel il expose les avantages de l'ablation partielle des dents au moyen d'un sécateur nouveau approprié à cet usage. L'auteur pose en principe que l'extraction des dents ne doit avoir lieu que quand leur racine est cariée ; mais quand la couronne seule est attaquée et que la racine est saine, ce qui, suivant lui, est le cas le plus ordinaire, il propose de conserver la racine et de faire seulement l'ablation de la couronne au moyen de son sécateur.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE.

Absorption des médicaments. — MM. Laveran et Millon communiquent le résultat d'observations qu'ils ont faites sur l'absorption et l'élimination de certaines substances médicamenteuses toxiques, et en par-

ticulier du tartre stibié. Dans une série de cas où des malades avaient pris une fois ou deux au plus du tartre stibié, à la dose ordinaire de 1 décig., ils ont reconnu d'abord que l'antimoine se retrouvait constamment dans les urines. En suivant les diverses phases de son élimination, ils ont constaté que cette élimination se fait d'une manière intermittente et que le séjour de cette substance dans l'économie se prolonge beaucoup au delà de ce qu'on croit généralement. Chez deux malades, ils l'ont retrouvée vingt-quatre jours après l'administration. Ces messieurs ont remarqué que les intermittences qui ont lieu dans l'élimination de l'antimoine sont plus longues à mesure qu'on s'éloigne davantage du moment de l'administration. L'intervalle qui ne dépasse pas un, deux, trois jours dans le début, dure six et sept jours lorsque l'ingestion date de huit ou dix jours. Le séjour de l'antimoine est encore sensiblement prolongé lorsque la dose a été répétée deux fois. C'est dans cette dernière circonstance qu'ils ont constaté la présence du métal après vingt-quatre jours. Le fait de l'intermittence, disent les auteurs, a fixé toute notre attention. Nous ne sommes pas sans quelque espoir d'établir des rapprochements assez étendus entre cette marche particulière de l'élimination d'un métal, que l'analyse chimique constate, et la marche intermittente, toute parallèle de plusieurs phénomènes fréquents en pathologie et encore fort obscurs.

Les auteurs de cette communication désirant mettre les savants à même de répéter leurs expériences, indiquent la manière dont ils ont procédé. Voici comment ils ont constaté la présence de l'antimoine dans l'économie. Ils ajoutent 10 centim. cubes d'acide hydrochlorique pur et fumant à 1 décil. d'urine ; ils mélangent les deux liquides avec une petite lame d'étain décapé qui reste plongée dans l'urine acide. L'étain noircit au bout de quelques heures si l'antimoine est abondant ; mais il faut attendre trois et quatre jours lorsque la quantité d'antimoine est minime. La température ordinaire suffit; mais le dépôt se fait sensiblement plus vite lorsque les journées sont chaudes. On doit plonger une lame neuve d'étain dans chaque urine nouvelle, sous peine de voir reparaître, malgré le nettoyage et le décapage de la lame, l'antimoine provenant d'une précipitation antérieure.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE.

Ponction de la poitrine.— M. Raymond Faure, médecin principal des hôpitaux militaires, envoie une note additionnelle au mémoire qu'il a lu devant l'Académie en 1842, mémoire ayant pour but de prouver l'innocuité de la ponction de la poitrine pratiquée pour remédier aux épanchements pleurétiques, et dans lequel il rapportait l'histoire de trois malades auxquels il avait pratiqué ou fait pratiquer cette opération. Dans la note additionnelle qu'il envoie aujourd'hui, l'auteur annonce la

guérison de l'un des trois opérés. M. Faure signale, comme un fait remarquable, que c'est le malade auquel il a retiré la plus grande quantité de liquide de la poitrine (3 litres 1/4) qui a obtenu une guérison qu'il se croit autorisé à considérer comme radicale.

Usage médical du galvanisme. — M. le docteur Crusell, de Cajoua (Finlande), adresse un extrait imprimé du *Bulletin de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pètersbourg*, dans lequel il est rendu compte d'une méthode de traitement à l'aide du galvanisme, que ce médecin met en usage contre certaines maladies externes, et en particulier contre quelques affections de nature cancéreuse, telles que le fongus hœmatode, le fongus médullaire, etc. Voici, en quelques mots, comment l'auteur procède à l'emploi de ce moyen de traitement, auquel il donne le nom de *traitement électrolitique* : il commence par éconduire de la plaie le courant galvanique et à l'y faire rentrer ensuite pendant un certain temps. Dans ces opérations, il ne met jamais l'électrode métallique en contact immédiat avec la partie saine du corps, mais il l'en sépare toujours par un liquide interposé. L'autre électrode, au contraire, est appliquée immédiatement à l'ulcère toutes les fois qu'il est dur, sinon la communication se fait de nouveau par l'intermédiaire d'un liquide.

Les vases qui renferment les liquides où plongent les électrodes sont appliqués au corps de manière à ne point donner passage à l'air, et leur emplissage et leur désemplissage s'effectuent avec la plus grande facilité et netteté. Le métal des électrodes, ainsi que les liquides, sont choisis de manière à former avec le corps un élément galvanique agissant dans le même sens que les éléments de la batterie constante de Daniel, dont M. Crusell se sert ordinairement. La durée de l'action électrolytique est réglée par un voltamètre adapté dans ce but, et qui, n'étant autre chose qu'un élément zinc-platine efficace, sert à mesurer la quantité d'hydrogène dégagé.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE.

Composition du lait. — M. Dumas lit la première partie d'un important travail qu'il vient d'entreprendre sur la constitution chimique du lait. Ce savant chimiste a observé que le lait des animaux herbivores renferme toujours les quatre ordres de matières qui font partie de leurs aliments, savoir : les matières albuminoïdes représentées par le caséum, les matières grasses représentées par le beurre, les matières sucrées représentées par le sucre de lait, et enfin les sels de diverse nature qui existent dans tous les tissus de ces animaux.

Dans le lait des carnivores, l'un de ces principes disparaît complètement : c'est le sucre de lait, et il ne reste que les matières albuminoïdes grasses et salines qui forment la constitution générale de la viande. Toutefois, il suffit d'ajouter du pain à leurs aliments pour que

le sucre de lait apparaisse en proportion plus ou moins grande ; de telle sorte que la production de ce principe est entièrement liée à l'existence de la fécule dans les aliments.

M. Dumas a suivi les variations survenues dans les principes constituants du lait et dans leurs proportions relatives en expérimentant sur le lait d'un même animal soumis à des régimes d'alimentation différents, et qui l'auraient rapproché alternativement de l'herbivore et du carnivore. Il a fait ces expériences sur des chiennes.

L'examen comparé des analyses montre que la proportion de caséum, de même que la proportion de beurre, diminue lorsqu'on fait succéder l'alimentation au pain à l'alimentation de la viande. Le sucre de lait, qui n'avait pu être mis en évidence lorsque l'animal ne recevait pas de fécule au nombre de ses aliments, apparaît au contraire nettement lorsque le principe amylacé prédomine dans l'alimentation.

Bien que les analyses auxquelles M. Dumas s'est livré ne lui aient jamais fait découvrir du sucre lorsque les aliments ingérés ne contenaient pas de fécule, il ne se croit pas néanmoins, à raison de la difficulté même de ces expériences, suffisamment autorisé à conclure d'une manière rigoureuse à l'impossibilité de la formation du sucre de lait dans cette circonstance, et il se propose de reprendre une nouvelle série d'expériences dans cette direction; mais il croit pouvoir conclure avec certitude, de ses recherches, que le lait de chienne peut contenir du sucre de lait identique avec celui du lait des herbivores, quoique toujours en moindre proportion.

La présence du sucre de lait paraît liée à la présence du pain dans les aliments de l'animal.

L'alimentation à la viande pure donne un lait dans lequel l'analyse n'a pas permis jusqu'ici de découvrir le sucre de lait.

Si ces résultats sont confirmés par de nouvelles recherches, dit M. Dumas, on arrivera à reconnaître quelque différence importante dans la nature des principes du lait dans une femelle herbivore soumise à une alimentation insuffisante, circonstance où elle se rapproche d'une femelle carnivore.

Enfin, M. Dumas signale comme un des résultats nouveaux auxquels ont conduit ces analyses, l'existence d'une membrane caséeuse autour des globules butyreux.

Respiration de l'homme. — M. Vierordt, médecin à Carlsruhe (duché de Bade), communique les résultats de recherches expérimentales qu'il a entreprises sur lui-même concernant la respiration de l'homme, et principalement la quantité d'acide carbonique exhalé dans les diverses situations de l'état de santé de l'homme.

Voici quelques-uns des principaux résultats qu'il fait connaître.

Les fonctions respiratoires varient beaucoup dans les différents in-

stants du jour, selon les divers états où l'homme se trouve. Ainsi, par exemple, on remarque une augmentation dans la fréquence des inspirations après le repas ; l'auteur évalue cette augmentation à 1,72 expirations par minute, le nombre moyen des expirations étant de 14.

La proportion de l'acide carbonique expiré diminue presque à l'instant, dès qu'on a bu quelque liqueur spiritueuse, et cette diminution dure environ deux heures.

Pendant les mouvements modérés du corps, l'expiration de l'acide carbonique est au moins un tiers plus grand que dans l'état de repos.

La température croissante de l'air diminue le besoin de respirer d'une manière très-frappante. Les effets de la pression atmosphérique sont moins grands que ceux de la température de l'air ; cependant l'influence de la pression sur la respiration est bien sensible. Ainsi, l'élévation du baromètre de 6 lignes augmente le nombre des expirations, dans une minute, de 0,74.

L'auteur insiste surtout sur l'influence que les mouvements respiratoires exercent sur l'exhalation de l'acide carbonique, condition indispensable de la connaissance des lois d'après lesquelles s'effectue le changement des gaz entre le sang et l'air contenus dans les poumons. La grandeur des mouvements respiratoires exerce, suivant lui, une influence très-remarquable sur la quantité d'acide carbonique contenu dans l'air expiré ; ce qu'il démontre par des chiffres représentant les moyennes d'un grand nombre d'expériences.

La conclusion la plus générale que l'auteur déduit de son travail, c'est que les phénomènes de la respiration doivent être réduits à l'équilibre entre les gaz contenus dans le tissu des organes, dans le sang, dans les poumons et dans l'atmosphère ambiante.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE, VICE-PRÉSIDENT.

Suture intestinale. — M. Jobert donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Moreau-Boudard ayant pour titre : *De l'excision de la muqueuse dans les sutures intestinales.*

Après avoir exposé la méthode de l'auteur, qui consiste dans l'excision du bourrelet muqueux renversé en dehors des lèvres de la plaie intestinale et l'adossement de la séreuse avec le tissu-muqueux mis à découvert ; après avoir passé en revue les expériences, au nombre de 19, faites sur des chiens par M. Moreau-Boutard, et avoir examiné avec soin les quatre pièces anatomiques soumises à l'Académie, M. Jobert passe à l'appréciation de la méthode de l'auteur, et s'applique principalement à résoudre les deux questions suivantes :

Connaissait-on l'existence du bourrelet muqueux dans les plaies de l'intestin ?

L'adhérence du tissu cellulaire sous-muqueux avec la séreuse est-elle un procédé nouveau et acceptable ?

La présence du bourrelet muqueux a été signalée par tous les auteurs de chirurgie. Quant à l'excision de la muqueuse et l'adossement de la séreuse avec le tissu sous-muqueux, elle constitue véritablement une méthode au point de vue théorique et pratique. Mais cette excision, que M. Moreau-Boutard a pu exécuter sur des chiens, serait, dans bien des cas, matériellement impossible sur l'homme : elle exposerait en outre à la mortification de l'intestin privé de ses vaisseaux ; enfin, la réunion quand elle a lieu, s'est opérée par le contact des séreuses ou par la lymphe qu'elles exhalent : en dernier lieu, les fils coupés à ras de la surface externe de l'intestin doivent presque immanquablement tomber dans le péritoine. Tels sont les faits qui résultent de l'examen des pièces adressées à l'Académie par M. Moreau-Boutard. Indépendamment de ces inconvénients généraux, il en est un qui appartient en particulier au deuxième procédé de l'auteur, dans lequel l'intestin suturé est maintenu en rapport avec la plaie de la paroi abdominale. Ne voit-on pas que ce procédé expose à des anus contre nature ? et c'est en effet ce qui est arrivé dans les expériences de M. Moreau-Boutard.

Après cette exposition du travail soumis à l'examen de la commission, le rapporteur jette un coup d'œil sur la grande question des sutures intestinales : il rappelle les doctrines des chirurgiens anciens sur ce point important de pratique ; il énumère les procédés de J. Bell, de B. Bell, de Travers, de Cooper, de Smith (de Philadelphe), de Louis, de La Peyronie, etc. De cette énumération, il résulte qu'en France et en Angleterre la suture était pratiquée sans principe arrêté, abandonnée aux inspirations du moment ; elle était considérée comme moyen de prévenir l'épanchement plutôt que comme moyen de réunir immédiatement la plaie ; les guérisons étaient rares, et les chirurgiens, découragés, aimaient mieux exposer le blessé à un anus contre nature que de lui faire subir une opération dangereuse et incertaine. Aussi ne doit-on pas s'étonner de voir La Peyronie rejeter tous ces procédés empyriques et abandonner à lui-même l'intestin blessé, tandis que Ledran, Bertrandi, pratiquaient une suture pour prévenir l'épanchement en attendant les efforts de la nature médicatrice.

Il n'y a que très-peu de temps, continue M. Jobert, qu'on a soumis les sutures intestinales à des règles fixes, basées sur la structure anatomique de l'intestin : les nombreux procédés qui ont surgi dans ces derniers temps peuvent tous être rapportés aux trois méthodes suivantes : 1° rapprochement de parties identiques qui exhalent une lymphe fortement plastique ; 2° rapprochement des membranes séreuse, muqueuse

et musculeuse ; 3° rapprochement de la séreuse avec le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les inventeurs de ces procédés ont voulu créer une suture unique, pouvant convenir à toutes les lésions du canal intestinal ; mais il est évident que le chirurgien doit modifier son procède opératoire suivant le genre de lésion de l'intestin, suivant l'état sain ou morbide de ses tuniques, suivant qu'elles ont été ou non ramollies par l'inflammation. Aussi M. Jobert a-t-il adopté depuis longtemps une invagination par constriction, mais à points rares ; une invagination sans constriction ; une suture par le procédé de Ledran ; une à points séparés, et une entéroplastie.

M. Jobert passe ensuite à l'exposition de la plupart des procédés modernes.

M. Denans, selon la méthode primitive de l'invagination, soutient les parois de l'intestin avec un corps étranger ; mais il subordonne son procédé à l'adossement des séreuses.

Cette opération a réussi quelquefois sur les chiens ; mais, sur l'homme, osera-t-on gangrener l'intestin, même dans une petite étendue ? On avait renoncé autrefois à de simples cylindres de carton à cause des inflammations auxquelles leur présence donnait lieu ; qui pourrait aujourd'hui se servir de corps plus solides et plus résistants ?

M. Gely a inventé une suture dite en *piqué*, qni a beaucoup d'analogie avec le point mis en usage par les cordonniers.

M. Gely a adressé son travail à l'Académie. Son procédé a pour but de faire renoncer à l'invagination et d'assurer la chute des fils dans l'intestin. A ce procédé sont inhérentes des coarctations et une espèce d'anneau valvulaire qui ne peut disparaître par l'absorption, puisqu'il est formé par les parois de l'intestin renversé. D'ailleurs, les expériences prouvent que ces valvules demeurent ce qu'elles étaient, qu'elles exposent à la rétention des matières.

L'examen des pièces envoyées par M. Gely à l'Académie a fait reconnaître que les fils étaient, sans exception, retenus dans le point où on les avait fixés.

En résumé :

1° La suture dite en *piqué* adosse les séreuses, et lorsqu'il s'agit d'une plaie de peu d'étendue, elle peut réussir.

2° Dans les plaies circulaires complètes, cette suture ne s'applique qu'avec une extrême difficulté, et l'on n'y parvient qu'aux *dépens du calibre* de l'intestin.

On ne peut en effet produire l'adossement partout, et vaincre la tendance au renversement, qu'en tirant fortement sur les deux chefs du fil ; ce qui doit nécessairement froncer les parois du canal intestinal, diminuer, sinon oblitérer la cavité de ce conduit.

3° Quant à la facilité d'exécution du procédé, nous ne croyons pas qu'elle soit telle que M. Gély semble l'établir, et on se convaincra, en l'exécutant, de la difficulté qu'elle présente dans son application.

En regard de ces faits, M. Jobert rapporte une série d'expériences faites sur les animaux et des observations recueillies sur l'homme, en démontrant que l'invagination, telle qu'il la pratique depuis longtemps, ne détermine ni oblitération ni valvule oblitérante. Il prouve, en outre, qu'il n'est pas nécessaire de disséquer le mésentère des deux bouts de l'intestin, ni de distinguer ceux-ci l'un de l'autre. Il est de la plus haute importance de placer les fils de manière qu'ils puissent être extraits facilement par la plaie. En effet, lorsqu'ils demeurent dans la cicatrice, ils produisent l'engorgement et même la suppuration du tissu cellulaire

Quant au procédé de M. Reybard, il consisterait dans un véritable affrontement des tuniques de l'intestin, dans une réunion par première intention ; mais le peu d'épaisseur des parois de l'intestin, leur immobilité, rendent leur affrontement inexécutable.

M. Jobert croit devoir ajouter à l'examen de ces procédés la description d'une suture ingénieuse due à M. Nunciante (Hippolyte), professeur d'anatomie à Naples. On peut l'appeler *suture en spirale*. Elle se pratique avec un fil qui passe alternativement de gauche à droite et de droite à gauche, en laissant, en sens opposé, chacun de ses bouts aux angles de la division : en tirant sur les extrémités du fil, on renverse en dedans les lèvres qui se trouvent adossées séreuse contre séreuse. Le professeur de Naples a pratiqué avec succès trois fois son procédé.

M. Jobert, après ce long et consciencieux examen, est amené à conclure que la méthode par adossement des séreuses est encore celle qui réunit le plus grand nombre d'avantages réels ; que, sauf le procédé de suture de M. Nunciante, aucun de ceux qui ont été récemment proposés n'a introduit dans la pratique une modification avantageuse ; que plusieurs doivent être proscrits comme dangereux dans leur application, ou impraticables sur l'homme.

Antagonisme de la phthisie et de la fièvre intermittente.—M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Lefèvre, chirurgien de la marine à Rochefort, relatif à la question d'antagonisme de la phthisie et de la fièvre intermittente.

D'après l'auteur du mémoire, la phthisie serait tout aussi fréquente et aussi meurtrière à Rochefort, où les fièvres intermittentes règnent, comme tout le monde le sait, d'une manière endémique, que partout ailleurs.

M. le rapporteur, après avoir analysé le travail de M. Lefèvre, et sans se prononcer sur le fond de la question, propose pour conclusions d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son mémoire à la commission de topographie et des épidémies. (Adopté.)

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Emphysème pulmonaire. — M. Piedagnel lit un mémoire sur l'emphysème pulmonaire comme cause de mort subite. Les faits rapportés dans ce travail tendent à prouver que la dilatation des vésicules pulmonaires n'existe pas ; que l'agrandissement des cellules tient à la déchirure des parois de ces cavités pour n'en former qu'une seule ; que l'emphysème cellulaire est probablement la cause du passage de l'air dans le système sanguin ; que, du reste, l'emphysème accidentel ne diffère pas anatomiquement de l'état normal des poumons des vieillards. La mort peut avoir lieu subitement ; mais, dans ces cas, cet accident tient au passage de l'air dans le système artériel, puisqu'on retrouve ce fluide dans le cerveau et dans d'autres parties du corps. Il n'est pas besoin qu'un poumon soit emphysémateux pour déterminer la mort subite. On a trouvé des cas où un emphysème mortel avait eu lieu brusquement chez des personnes qui n'avaient présenté aucun état pathologique du poumon.

M. Piedagnel en rapporte plusieurs observations qui sont confirmées par les expériences physiologiques auxquelles il s'est livré sur les animaux.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE, VICE-PRÉSIDENT.

Étiologie des fièvres intermittentes. — M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Lavieille, médecin à Alger, relatif à la nature des causes qui produisent les fièvres intermittentes. M. Lavieille, qui, après avoir exercé en France, exerce depuis plusieurs années dans les plaines de la Métidja, où il a occasion de traiter un grand nombre de fièvres intermittentes, nie que les fièvres soient dues à l'influence des miasmes marécageux, dont il conteste même l'existence. Il croit et cherche à démontrer que le froid humide est la seule cause évidente à laquelle il faille attribuer ces fièvres.

M. le rapporteur, sans partager entièrement cette opinion, qu'il trouve trop absolue, et tout en faisant ses réserves à cet égard, accorde des éloges à l'auteur, qui, dit-il, a fait preuve, dans son mémoire, de beaucoup de logique et de sagacité, et d'une instruction solide. Il propose, en conséquence, de lui adresser une lettre de remercîments et d'envoyer son travail au comité de publication.

M. Dubois (d'Amiens) : Qu'on dise que le froid humide peut donner lieu à la fièvre intermittente, soit : tout le monde l'admet, et Broussais particulièrement avait beaucoup insisté sur ce point ; mais personne, et Broussais lui-même, n'a jamais songé à nier l'action des miasmes. Ce que soutient l'auteur est un paradoxe.

M. Bricheteau : En exposant les opinions de l'auteur, la commission ne prétend pas les partager ; je dirai même qu'elle les trouve un peu exagé-

rées ; mais le travail n'en est pas moins bien fait et digne d'encouragement. Vous dites que l'auteur soutient un paradoxe. Je ne sais s'il est plus paradoxal de rejeter les miasmes que de les admettre sans preuves. Or, avez-vous des preuves certaines de leur existence? Il ne serait pas difficile de prouver que ce n'est là, en définitive, qu'une hypothèse.

M. Rochoux : Le rapporteur dit que l'existence des miasmes n'est pas prouvée ; mais rien n'est mieux prouvé au contraire. A quoi donc attribuer cette influence si funeste et si connue des marais Pontins, si ce n'est aux miasmes qu'ils exhalent ? L'auteur les rejette sous prétexte qu'ils sont incapables d'expliquer l'intermittence ; mais qu'est-il nécessaire d'expliquer ce phénomène en effet inexplicable ? L'auteur ignore-t-il que la surface pulmonaire sur laquelle s'exerce partieulièrement l'action des miasmes a trente-deux fois l'étendue de la surface du corps ? Le rôle que l'auteur veut faire jouer au froid et à l'humidité n'est, d'ailleurs, nullement fondé. S'il en était ainsi, on verrait régner des fièvres intermittentes à Paris, où l'on n'en voit jamais. Aux Antilles, où il règne beaucoup de fièvres intermittentes, on ne peut certainement pas les attribuer au froid humide.

M. Dupuy : L'existence des miasmes a été mise hors de doute par les analyses que Vauquelin et Moscati ont faites de l'air des marais Pontins. La différence qui existe entre les miasmes et l'humidité est démontrée depuis longtemps d'ailleurs par un grand nombre de faits. Tous les vétérinaires savent que les moutons s'imbibent d'eau et d'humidité avec une extrême facilité ; ils sont en quelque sorte hygrométriques. Eh bien ! quelle que soit la quantité d'humidité dont ils sont pénétrés, ils n'ont jamais la fièvre intermittente. Exposez-les à l'action des miasmes marécageux, vous les verrez pris par la fièvre.

M. Gérardin : Sans adopter les opinions de l'auteur du mémoire, j'adopte les conclusions du rapport, car ce travail me paraît important. Je crois que l'auteur est allé trop loin en niant les miasmes ; mais je crois avec lui que beaucoup de fièvres intermittentes sont produites uniquement par le froid humide et par les alternatives de froid et de chaud. Un médecin de Rome, qui a communiqué dans le temps à l'Académie un travail considérable sur les fièvres qui règnent dans cette ville, a pu constater d'une manière très-évidente qu'un grand nombre de fièvres intermittentes étaient dues à l'impression du froid humide auquel les habitants de Rome s'exposent le soir, bien plus qu'à une cause miasmatique. On est quelque peu revenu aujourd'hui sur le compte des miasmes des marais Pontins, dont on avait exagéré beaucoup l'influence. On a reconnu qu'il existe au milieu de ces marais des villages dont les habitans sont exempts de fièvre. Les fièvres intermittentes qui ont précédé le choléra dans presque toutes les contrées où il a sévi n'étaient certainement pas dues à des émanations marécageuses. Je tiens d'un médecin

de l'hôpital de la marine à Moscou qu'il n'avait jamais vu de fièvres intermittentes dans un pays où il y a pourtant des marais; il n'en vit pour la première fois que quelques mois avant l'invasion du choléra. Dans une petite localité très-saine aux environs de Vienne, où il serait impossible de trouver la moindre trace d'influence marécageuse, les fièvres intermittentes régnèrent, à cette même époque, avec une grande intensité. Je pourrais citer un grand nombre d'exemples semblables.

M. Velpeau : Je viens d'entendre émettre des opinions qui me paraissent tellement contradictoires à ce qui était généralement admis et à ce que beaucoup d'entre vous professent sans doute encore, que je ne puis m'empêcher de prendre la parole, bien qu'il s'agisse d'un sujet étranger à mes études habituelles. Je ne conçois pas en vérité qu'on puisse nier l'influence des miasmes marécageux. J'ai habité pendant trois ans un lieu situé dans le voisinage d'eaux stagnantes : l'hôpital de Tours, dont je veux parler, est effectivement assis sur un ruisseau qui joint le Cher à la Loire. Eh bien ! tous les habitants du bord de ce canal étaient atteints de fièvres intermittentes ; l'hôpital était constamment rempli de fiévreux, il y en avait toujours de deux à trois cents ; et M. Bretonneau, avec cette sagacité que tout le monde lui connaît, ne manquait pas de nous signaler la différence que présentait, sous ce rapport, ce quartier avec les autres parties de la ville. Ces fièvres étaient bien évidemment dues à l'influence de ce ruisseau ; il ne pouvait pas y avoir à cet égard le moindre doute.

Maintenant que l'on admette que les effluves marécageux ne sont pas les seules causes des fièvres d'accès, personne ne contestera cela. Torti et Morton avaient bien reconnu aussi l'influence du froid humide ; mais ils avaient signalé les différences notables qui existent entre les fièvres marécageuses et celles qui sont dues à d'autres causes. Ils ont fait remarquer aussi que les miasmes qui produisent l'intoxication ne se traduisent pas toujours par des accès ; qu'ils donnent lieu quelquefois à des fièvres continues qui guérissent par le quinquina aussi bien que les fièvres d'accès. N'y aurait-il pas quelque confusion dans ce qui vient d'être avancé maintenant ? Est-ce qu'on aurait cessé d'admettre ces distinctions capitales : ne reconnaîtrait-on plus aujourd'hui comme autrefois des fièvres intermittentes vernales, qui sont presque toujours sans gravité, des fièvres automnales autrement graves, et différant les unes et les autres des fièvres de marais ?

M. Gaultier de Claubry : On ne saurait un seul instant mettre en doute l'influence des miasmes marécageux sur les fièvres intermittentes, ainsi que vient de le rappeler M. Velpeau. Il est certain que le desséchement des marais fait cesser ces fièvres. Ce sont là des faits on ne peut mieux établis, et je ne comprends pas qu'on vienne aujourd'hui les contester.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE, VICE PRÉSIDENT.

Anomalie des organes génitaux. — M. Huguier met sous les yeux de l'Académie les pièces anatomiques d'un enfant mort-né qui présentait une anomalie des parties sexuelles telle qu'il était extrêmement difficile d'en préciser le sexe. Au premier aperçu, les organes génitaux présentaient les apparences du sexe féminin ; mais un examen plus attentif faisait naître le doute, et l'enfant que l'on avait d'abord pris pour une fille pouvait bien n'être qu'un garçon vicieusement conformé. En effet, le clitoris était bien développé et pouvait passer pour un pénis ; il n'y avait ni nymphes, ni membrane hymen. Au-dessous de cette espèce de pénis terminé par un petit gland, on voyait un petit pertuis pris d'abord pour la vulve, mais qui pouvait bien n'être autre chose que l'urèthre. De chaque côté de ce pertuis étaient deux grandes lèvres très-développées que l'on pouvait prendre pour des bourses. Elles ne contenaient point de testicules, il est vrai ; mais les testicules auraient pu rester contenus dans l'abdomen ; enfin, le périnée avait la longueur qu'il a habituellement chez les petits garçons ; de sorte que M. Huguier était en définitive dans la plus grande indécision. Mais l'autopsie leva tous les doutes, car on trouva un utérus.

M. Huguier présente en outre le dessin d'un vagin double aboutissant à un utérus double. La femme qui présente cette anomalie a été fécondée ; mais la gestation ne s'est opérée que dans un seul utérus : celui du côté gauche. On a fait cette singulière remarque, que pendant tout le temps de la gestation, les phénomènes sympathiques ne se sont manifestés que du côté gauche. Ainsi la mamelle gauche seule s'est gonflée ; l'autre est restée dans son état habituel.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE, VICE PRÉSIDENT.

Correspondance. — Fièvres intermittentes. — A l'occasion de la reproduction récente à l'Académie, de l'hypothèse qui attribue au froid humide l'origine des fièvres paludéennes, M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, adresse la communication suivante :

Lorsque l'on reproduit l'hypothèse qui attribue au froid humide, au froid, au chaud, l'origine des fièvres intermittentes, endémiques ou épidémiques, il est évident que l'on perd de vue plusieurs faits de géographie médicale qui ne laissent aucune prise à cette opinion.

Ainsi, en suivant les maladies paludéennes dans le temps et l'espace, des pôles à l'équateur, des régions élevées au niveau de la mer, ou dans l'évolution annuelle, de l'hiver à l'été, on les voit revêtir successivement les types intermittent, rémittent et continu, ou échanger leur forme fébrile contre les formes larvée ou dyssentérique, et *vice versâ*.

Cette évolution des types, cette métamorphose de formes, qui parlent

si haut en faveur de l'identité d'origine et de nature, la théorie de l'*intoxication*, que je crois avoir formulée, les explique tout naturellement ; l'hypothèse du froid humide, du froid, du chaud, n'y comprend rien.

J'ai vu un grand nombre de militaires venant *en santé* des marais de la Corse, de la Morée, de l'Algérie, du Sénégal, présenter des fièvres pernicieuses *trois mois*, et des fièvres paludéennes simples *dix-huit mois* après leur débarquement à Marseille.

Le froid humide, le froid, le chaud, qui étaient quelquefois l'occasion de ces manifestations paludéennes, insolites pour Marseille, produisaient, chez l'habitant ou dans les régiments venus de Lyon ou d'Avignon, des maladies inflammatoires, des rhumatismes, devenaient même parfois l'*occasion* de fièvres typhoïdes ; mais quant à produire chez ces derniers des accidents à cachet marécageux.... jamais !

En juillet 1834, 800 militaires, embarqués sur trois navires, quittent Bone en santé. Les passagers de deux des navires débarquent à Marseille sans un seul malade. Par contre, de 120 militaires embarqués sur le bâtiment sarde *l'Argo*, 13 hommes succombent et sont jetés à la mer ; 98 arrivent au lazaret de Marseille avec des fièvres pernicieuses d'un caractère effrayant ; enfin, 9 militaires, qui avaient pu *acheter* de l'eau aux matelots sardes, ainsi que tous ces derniers, débarquent en pleine santé.

111 militaires avaient bu de l'eau puisée dans un marais près de Bone et embarquée avec précipitation au moment d'appareiller ; 9 militaires et les matelots avaient bu de l'eau pure, composant la provision particulière de l'équipage.

Ce fait me rappelle l'épidémie de fièvre jaune qui, en 1778, au rapport de Rochard, médecin du roi à Pondichéry, atteignit en pleine mer les deux tiers des hommes de l'équipage *la Consolante*. Cette frégate avait fait relâche à San-Yago du cap Vert, où elle n'avait pu remplir ses tonneaux que d'une eau saumâtre. « La preuve, dit Rochard, que l'eau fut la seule cause de la maladie, c'est que les personnes composant la table du capitaine, et qui avaient à elles des jarres remplies d'eau d'Europe, en furent préservées. » (Rochard, *Programme d'un cours de mal. épidém.*)

Tout récemment, les eaux de Trou-Salé sont dirigées sur un des quartiers de Versailles, et une dyssenterie grave avec paroxysmes périodiques s'y déclare. Les habitants des autres quartiers, les buveurs de vin ou d'eau de Seine, sont épargnés. On court à Trou-Salé, et l'on trouve.... des pêcheurs qui, usant de leur droit, remuaient avec leurs filets les vases de l'étang. Défense leur est faite de continuer ; l'eau des étangs d'ailleurs est remplacée par l'eau de Seine ; la dyssenterie cesse.

Je livre ces faits à la méditation de ceux qui, en opposition avec la théorie de l'intoxication, pourraient conserver quelque propension en

faveur de l'hypothèse du froid humide. Inutile, je pense, de rappeler ici et la coïncidence des fièvres intermittentes avec la saison de l'année où le froid humide est le moins prononcé, et l'immunité des marins subissant l'influence isolée du froid humide de la pleine mer.

Ce n'est pas l'existence, c'est la nature du miasme qui reste entourée d'obscurité ; toutefois, il faut bien reconnaître qu'en ce qui regarde cette dernière, peut-être a-t-on jusqu'ici un peu négligé l'examen du règne organique spécial dont le sol à *Malaria* favorise le développement. A l'appui de mon opinion, je me bornerai à rappeler pour le moment ces animalcules infusoires *vivants*, découverts, à 20 pieds au-dessus du pavé de Berlin, par le professeur Ehrenberg, et retrouvés avec leur carapace siliceuse par ce savant dans la poussière que les vents transportent jusqu'aux îles du cap Vert. Enfin, si l'autorité d'un grand nom doit ajouter à la valeur d'une proposition, je suis heureux de pouvoir invoquer aujourd'hui le nom imposant de l'auteur du *Kosmos* (1).

Luxation des poignets. — M. Bégin lit un rapport sur plusieurs observations relatives à divers sujets de chirurgie, communiquées à l'Académie par M. Bouygues. L'une de ces observations est relative à un cas de fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, compliquant une luxation au coude. Les autres sont désignées sous le titre de : *Luxations du poignet* (il s'agit de luxations en arrière).

Le rapporteur, après avoir sommairement analysé le premier fait, s'étend longuement sur l'objet de la deuxième partie de ce travail, et se livre, à cette occasion, à un examen complet de la question des luxations du poignet en arrière, dont il conteste l'existence. Il conclut de cet examen que les faits que M. Bouygues a présentés comme des cas de luxation étaient des cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Le rapporteur propose pour conclusion d'adresser une lettre de remercîment à l'auteur et de déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

Hydarthrose scapulo-humérale, traitée par l'injection iodée.— Sous ce titre, M. le docteur Jules Roux, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine navale de Toulon, lit un mémoire dont voici le résumé.

L'histoire de l'hydarthrose paraît à l'auteur avoir été écrite sur l'ensemble des caractères fournis par l'hydropisie des articulations ginglymodales et condyliennes, sans qu'on ait beaucoup tenu compte de ceux appartenant aux épanchements séreux des articulations orbiculaires ou arthrodiales ; d'ou il est résulté que quelques traits généraux manquent au tableau de cette affection. En preuve de sa proposition, il cite les

(1) A von Humbolodt, *Kosmos. Entwurf einer physischen Weltbeschreibung.* B. I. Stuttgart, 1845, p. 334. — Combien n'est-t-il pas à regretter que la traduction de cette grandiose et majestueuse production éprouve tant de retard !

ouvrages de pathologie et les mémoires spéciaux de Boyer, Dupuytren, Roche, Sanson, Brodie, et de MM. Velpeau, Blandin, J. Cloquet, Bérard, Vidal (de Cassis), Lesauvage, Fabre, Bonnet (de Lyon), etc., etc., qui ont toujours pris pour type de leurs descriptions l'hydarthrose du genou, en ne faisant qu'indiquer celles de l'épaule et de la hanche. Celles-ci ont cependant des caractères spéciaux, tels que l'allongement extra-capsulaire, que les synoviales envoient aux tendons de certains muscles; la distension des muscles qui les recouvrent; leur flaccidité après l'évacuation du liquide épanché; l'action de ceux-ci sur la direction que prennent les membres; enfin leur inaptitude à se contracter régulièrement. Cette omission lui paraît si absolue dans les ouvrages de pathologie, que dans son *Traité des Maladies des articulations*, publié en 1845, M. Bonnet ne dit rien de cet état des muscles et des phénomènes qui en dépendent. Omission comparable, aux yeux de M. Jules Roux, à celle que commettrait l'auteur qui, ayant à traiter de l'hydropisie ascite, garderait le silence sur l'état des muscles des parois abdominales et sur tout ce qui se rattache à leur relâchement. L'auteur établit ensuite, par des faits tirés de sa pratique et d'autres empruntés à divers mémoires, la réalité des phénomènes propres aux hydarthroses orbiculaires, et termine cette première partie de son travail par les conclusions suivantes : 1° dans les hydarthroses énarthrodiales, le liquide épanché distend non-seulement la séreuse articulaire, mais encore ses expansions extra-capsulaires; 2° dans l'hydarthrose coxo-fémorale, c'est à l'extérieur de l'articulation en haut et en dehors que la fluctuation doit être perçue d'abord avec le plus de facilité; 3° l'hydarthrose peut affecter isolément les expansions extra-articulaires des synoviales; 4° enfin, dans les hydarthroses énarthrodiales surtout, les muscles éprouvent des altérations d'où peuvent en partie dépendre l'allongement des expansions extra-capsulaires, la direction que prend le membre affecté, et la difficulté ou l'impossibilité des mouvements.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. le docteur Jules Roux passe en revue les moyens curatifs que la science possédait contre l'hydarthrose avant 1838, et ceux qui ont été proposés depuis cette époque. Il établit ensuite que, par les saignées, les sangsues, les ventouses, les vésicatoires, les cautères, la cautérisation transcurrente, les bains, les douches, les purgatifs, les sudorifiques, la compression, etc., etc., les chirurgiens guérissaient autrefois certaines hydropisies articulaires comme on en guérit encore de nos jours, surtout par l'emploi de larges vésicatoires, comme le veut M. Velpeau; mais que l'écueil, c'est la cure des hydarthroses chroniques, qui sont si souvent rebelles. M. le docteur Gimelle a proposé l'émétique, et il a signalé de nombreux succès; méthode précieuse, si, comme l'indique son auteur, elle triomphe de toutes

les hydropisies articulaires, quels qu'en soient la cause, la nature et le siége.

M. Jules Guérin a proposé le premier la ponction par la méthode sous-cutanée, l'évacuation du liquide et les scarifications des surfaces séreuses. M. Goyrand, d'Aix, ponctionne la séreuse par la même méthode et laisse le liquide s'épancher dans le tissu cellulaire ; il exerce ensuite la compression sur l'articulation malade. Dans ces derniers temps, M. Mueller a reproduit le séton, et cite dix cas de succès par son emploi.

MM. Jobert, Velpeau, Bonnet, ont injecté divers liquides dans les cavités articulaires ; M. Jobert, de l'eau d'orge alcoolisée ; MM. Velpeau et Bonnet, de la teinture d'iode pure ou étendue d'eau. MM. Velpeau et Bonnet ont enregistré leurs opérations et leurs succès : le premier, dans son beau travail sur *les cavités closes ;* le second, dans son *Traité des Maladies des articulations.*

Cependant, bien que les injections iodées comptent des guérisons, M. Malgaigne ne partage pas, sur leur innocuité, le sentiment de M. Velpeau ; il pense qu'elles peuvent produire l'inflammation des séreuses articulaires et la suppuration, surtout quand on laisse une certaine quantité de liquide dans l'articulation. L'observation qui termine le mémoire de M. Jules Roux, en faisant connaître un nouveau succès des injections iodées, donne cependant une nouvelle valeur aux assertions de M. Malgaigne.

Cette observation a trait à un cultivateur des environs de Toulon, qui, sujet à des rhumatismes, a été atteint d'une hydarthrose scapulo-humérale très-volumineuse qui avait résisté à tous les traitements. M. J. Roux, ayant reconnu que la maladie affectait non-seulement la séreuse articulaire, mais encore les trois expansions extra-articulaires qu'elle envoie aux tendons de la longue portion du biceps brachial, du sous-épineux et du sous-scapulaire, fit, en présence de MM. Aubert et Levilaire, premier et second médecins en chef de la marine, une ponction sous-cutanée dans la fosse sous-épineuse gauche, avec l'instrument et par la méthode de M. J. Guérin, retira 500 grammes de synovie, et exerça une compression exacte durant quinze jours. Cette opération si simple ne produisit aucun accident, mais resta sans résultats heureux ; car l'hydarthrose se reproduisit aussi volumineuse qu'avant. Alors M. Jules Roux pratiqua une seconde ponction sous-cutanée, évacua le liquide articulaire et injecta de l'eau iodée dans les proportions indiquées par M. Velpeau. Il y eut pendant trente-six heures de vives douleurs dans l'articulation malade, de l'insomnie, de l'agitation, de la fièvre. Des cataplasmes émollients calment cet état. Mais, les jours suivants, une inflammation phlegmoneuse se développe dans la fosse sous-épineuse, dans le creux axillaire et au-dessus du tendon du muscle deltoïde. Trois incisions donnent issue à un fluide séreux mêlé de pus, de sang et de

flocons albumineux. Après un mois, ces plaies se cicatrisèrent; mais bientôt une nouvelle inflammation survint dans les mêmes points et nécessita encore trois incisions qui apportèrent toujours du soulagement au malade. Enfin, des sangsues et ensuite un vésicatoire furent appliqués sur le moignon de l'épaule. L'auteur fait remarquer que probablement l'inflammation suppurative n'a jamais atteint la séreuse articulaire, qu'elle est restée circonscrite dans ses trois expansions extra-capsulaires, qu'un fluide plastique avait séparé l'articulation de ses prolongements. D'ailleurs, le malade a fini par guérir, non-seulement sans ankylose, mais en conservant presque tous les mouvements du bras.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

21. *Sur la péricardite considérée comme complication et conséquence de la scarlatine*; par le docteur S. Scott Alison.

(London medical Gazette, février 1845.)

La scarlatine est une maladie qui paraît avoir pris de grandes proportions en Angleterre dans ces derniers temps: Ses ravages ont été immenses : ainsi, en 1840, elle n'a pas produit moins de 19,816 décès dans ce pays, dont 1,954 dans la ville de Londres seulement. La mortalité qui a été la conséquence de cette maladie paraîtra encore plus forte si on la met en regard de celle qu'ont produite deux maladies aussi importantes, et qui ont ravagé l'Europe dans le dernier siècle : nous voulons parler de la petite vérole et du typhus. Ainsi, en 1840, le nombre des varioleux qui ont succombé en Angleterre n'est que de 10,434, un peu plus de la moitié du nombre de morts causées par la scarlatine; et dans la même année le typhus n'a enlevé que 17,177 individus. Quoique l'histoire de la scarlatine ait donné lieu, dans ces dernières années, à des travaux vraiment importants, l'auteur pense qu'il reste encore beaucoup à faire avant que cette histoire soit complète. En effet, l'état de certains organes n'est pas encore bien connu pendant la durée de cette maladie, et toutes les complications qui peuvent survenir ne sont pas encore mises dans un jour suffisant. Il serait cependant avantageux d'avoir des connais-

sances plus étendues sur les complications et les suites de la scarlatine, non-seulement pour pouvoir les prévenir en temps utile, mais encore pour pouvoir leur opposer un traitement plus efficace. La plupart des auteurs qui ont écrit sur la scarlatine ne considèrent pas la péricardite comme une complication ordinaire de cette maladie. Le docteur Joy et le docteur Copland en ont dit cependant quelques mots, et MM. Barthez et Rilliet en ont aussi fait mention. Il n'en est pas moins vrai que c'est là un nouveau trait de l'affection scarlatineuse sur lequel l'attention du public médical n'avait pas été encore appelée d'une manière précise, et nous devons de la reconnaissance au docteur Alison pour en avoir fait l'objet d'un travail spécial.

L'auteur rapporte trois observations de cette espèce qu'il a recueillies en quelques mois. La première est relative à un enfant de 4 ans, assez délicat, qui avait eu la scarlatine au commencement de juin dernier, et qui fut pris d'anasarque trois semaines après. L'anasarque avait diminué notablement sous l'influence du traitement qui avait été suivi ; mais la santé générale était restée chancelante. Lorsque l'auteur le vit pour la première fois, le 27 août, il reconnut un épanchement dans la plèvre droite ; en outre, les battements du cœur étaient très-rapides, violents et tumultueux, la dyspnée excessive, le pouls extrêmement fréquent. Cet enfant mourut le 1er septembre, et, à l'autopsie, l'auteur trouva un épanchement séro-purulent de 6 onces dans la cavité du péricarde, dont les parois étaient très-épaissies, avec quelques brides pseudomembraneuses lâches qui unissaient le feuillet pariétal et le feuillet viscéral de la séreuse. La plèvre droite et la cavité péritonéale étaient également le siége d'un épanchement séro-purulent. Les reins offraient l'altération anatomique qu'on a décrite sous le nom de *second degré* de la néphrite albumineuse. Dans la seconde observation, il s'agit d'un enfant de 6 ans, habituellement bien portant, qui fut pris, sans cause connue, d'une scarlatine très-prononcée. Cette éruption disparut le cinquième jour, et pendant la nuit du sixième, il ressentit tout à coup une violente douleur à la région précordiale ; agitation, insomnie, impossibilité de rester couché sur le dos, et violentes palpitations de cœur. L'auteur le vit 12 heures après l'invasion de ces accidents : la douleur de la région précordiale était très-vive, et augmentait par la toux et la pression à la région épigastrique ; l'impulsion du cœur était plus forte qu'à l'état normal, et se faisait sentir sur toute la surface antérieure du côté gauche du thorax, qu'elle soulevait dans une grande étendue. La toux était fréquente, le pouls régulier et plein, à 120 ; anxiété

extrême. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique et de l'emploi de diurétiques puissants, les accidents ne tardèrent pas à diminuer : cependant, deux jours après, il fut pris de douleurs dans la nuque et dans le poignet droit; mais ces douleurs n'eurent pas de suite. Dix jours après, le malade commençait à se lever, lorsque l'on vit apparaître l'anasarque, avec les urines albumineuses. Ces nouveaux accidents furent combattus avec avantage par les bains chauds et les toniques. Un mois après l'invasion des premiers accidents, la guérison était complète, si ce n'est que le cœur avait conservé une énergie et un volume plus considérables qu'à l'état normal. Le troisième malade était un enfant de 9 ans, d'une santé habituellement bonne, qui avait eu la scarlatine la semaine auparavant. L'éruption avait été générale, et avait duré deux ou trois jours seulement. A cette époque, le jeune malade avait ressenti des battements à la région du cœur, des douleurs vives dans tout le corps, particulièrement au cou-de-pied qui était légèrement gonflé. Le médecin qui le traitait pensa qu'il était affecté de pleurésie, et lui fit appliquer des sangsues sur la poitrine. Quelques jours après, il fut pris d'une nouvelle attaque de pleurésie, qu'on traita de nouveau par les sangsues. Depuis cette époque, le rétablissement resta incomplet; le malade a conservé des battements de cœur qui étaient parfois douloureux. Lorsque l'auteur le vit pour la première fois, la face était livide, anxieuse; le pouls faible, à 100; l'impulsion du cœur considérablement augmentée en force et en étendue, mais sans trace de bruit de soufflet ou de frottement; les veines jugulaire externes étaient considérablement distendues; le malade était forcé de se coucher sur le côté droit. Il ne pouvait y avoir de doute sur l'existence d'une maladie du cœur. Ce petit malade s'est cependant rétabli, mais d'une manière incomplète : il lui reste de la voussure à la région précordiale et des battements de cœur beaucoup plus forts qu'à l'état normal. Tels sont les faits qui ont porté l'auteur à conclure qu'un certain nombre d'affections organiques du cœur, même chez l'adulte, doivent leur origine à une scarlatine qui s'est développée pendant l'enfance ou dans l'adolescence. Le docteur Alison a fait suivre ces observations de quelques réflexions que nous allons brièvement reproduire ici. Sous le point de vue de la *période* de la scarlatine à laquelle survient la péricardite, il est impossible de rien dire de bien précis : dans le premier cas, on n'en soupçonna pas la présence jusqu'au moment de la mort, quoiqu'il fût probable que la maladie datait de loin; dans le second, les symptômes de péricardite se manifestèrent clairement au septième

jour de l'exanthème et deux jours après la disparition de l'éruption ; dans le troisième cas, les battements de cœur et la douleur à la region précordiale survinrent pendant la période d'éruption.

Relativement à la *forme* de l'affection scarlatineuse, on peut remarquer qu'elle présenta éminemment le caractère inflammatoire : l'éruption était d'un rouge vif et s'était montrée à l'époque ordinaire ; la gorge était plus ou moins enflammée et tuméfiée, les membranes muqueuses étaient le siége d'une rougeur extrêmement vive, les urines étaient rares et fortement colorées ; dans deux de ces cas, on avait vu survenir une anasarque presque générale et des douleurs intenses dans les articulations. Il est enfin digne de remarque que tous ces cas furent observés chez des garçons, et chez des sujets au-dessous de l'âge de 10 ans.

---

22. *Observations physiologico-pathologiques sur un cas de polydipsie ;* par M. Novellis.

(Giornale delle Scienze mediche della Societa medico-chirurgica di Torino.)

Obs. — Cerri Francesco, âgé de 31 ans, avait dès sa jeunesse été remarquable par son grand appétit comme par sa soif immodérée. Incorporé dans le service militaire à 20 ans, puis devenu ensuite portefaix, il eut souvent à souffrir de l'impossibilité où il se trouvait d'apaiser complètement sa soif. Ayant manqué à la revue annuelle, il fut repris au service pendant 3 mois ; mais, tourmenté par la faim et la soif durant le temps des factions et de l'exercice, il finit par déserter. Le conseil de guerre le condamna pour ce fait à cinq années de réclusion militaire qu'il commença le 2 septembre 1843.

Au bout de quelques mois, il entra à l'hôpital pour une synoque rhumatismale, accompagnée d'une ardeur de gosier qu'il attribuait à la privation de boissons. Pendant le cours de sa maladie, la soif fut assez modérée ; mais c'était pour lui un état anormal ; aussi ne se déclara-t-il bien guéri que lorsqu'il reprit sa faim et sa soif primitives. Ce fut alors que M. Novellis entreprit d'étudier cette maladie. Il buvait par jour l'énorme quantité de 480 onces de liquide (poids de Piémont). Aucun symptôme n'annonçait chez lui un travail phlegmasique quelconque. Il était bien portant, remplissant parfaitement toutes ses fonctions, et n'offrait aucun des signes du diabète. Son urine était toujours en quantité moindre que celle de sa boisson. L'aspect de ce liquide non plus que sa saveur n'avaient rien que de normal. La teinture de curcuma n'y subit pas de changement ; le papier de tournesol y rougit légèrement. On mit en usage ce procédé indiqué par Biot

pour y découvrir l'existence du sucre ; mais cette expérience n'en décela pas la moindre parcelle.

Malgré ces signes négatifs, M. Novellis, réfléchissant que le diabète était néanmoins la maladie avec laquelle celle de ce jeune homme offrait le plus de ressemblance, le soumit à une nourriture animale. A cette époque, le malade prenait par jour de 6 à 7 livres soit de pain, soit de viande et d'œufs, et de 41 à 43 livres d'eau mêlée avec du vin et du vinaigre. Il rendait dans le même espace de temps 27 à 30 livres d'urine.

Ne voyant pas de changement, le médecin chercha à exciter la salivation en lui faisant mâcher diverses racines et en lui recommandant de tenir continuellement dans la bouche un petit caillou. C'était là suivre l'indication des physiologistes qui placent dans la gorge le siége de la soif ; néanmoins, aucune amélioration ne vint prouver la justesse de cette vue.

On changea alors de système, et on soumit le malade à la diète végétale. La première observation faite après quinze jours de ce régime présenta le résultat suivant : substances alimentaires composées de pain, épinards et pommes de terre, 6 livres ; vin, eau et vinaigre, 17 livres ; urine, 15 livres. Ce premier succès engagea à persister dans la même voie. Au bout de quinze autres jours, on était arrivé à ce chiffre plus satisfaisant encore : aliments solides, 6 livres ; boissons, 13 livres et demie ; urine, 11 livres. Le malade avait pris un air plus content, délivré qu'il était de sa perpétuelle envie de boire.

Une diarrhée accidentelle força de suspendre le traitement pendant huit jours. On le reprit ensuite, en permettant un peu de nourriture animale et continuant la limonade minérale.

D'après les idées de M. Cornéliani, on administra à cette époque, par jour, deux gouttes de créosote dans 8 onces d'eau d'orge. On arriva ainsi à réduire le malade à 6 ou 8 livres de boisson dans les vingt-quatre heures. Ce fut dans cet état satisfaisant, où il était depuis plusieurs semaines, qu'il quitta l'hôpital, parfaitement guéri de sa polydipsie.

---

23. *Recherches sur le diagnostic et la pathologie des maladies thoraciques, et spécialement de l'emphysème* ; par le docteur Mac Donnell.

(The Dublin Journal of medical Science.)

Déjà dans un article publié antérieurement par M. Mac Donnell, l'auteur a établi plusieurs faits importants relativement au diagnostic de l'empyème qui est si fréquemment confondu

avec différentes affections chroniques de la poitrine, et qui reposaient sur neuf observations, dont trois lui étaient propres, tandis que les six autres lui avaient été communiquées par d'autres praticiens. Parmi ces conclusions, l'une des plus importantes à notre avis, et qui ne nous parut telle que parce qu'elle avait rapport à une question pathologique trop souvent méconnue ou négligée depuis que la pathologie a disparu, pour un grand nombre d'entre nous, devant les sciences physico-chimiques, était la suivante : « L'expectoration purulente dans l'empyème, quoique accompagnée de fréquence du pouls, de transpiration, d'amaigrissement et des autres symptômes d'étisie, n'est pas précédée d'un abcès suite de pneumonie ou de tubercule, à moins qu'elle ne soit accompagnée des signes physiques de ces lésions ; dans le cas contraire, on doit la regarder comme le résultat d'un effort de la constitution pour se débarrasser d'une vaste collection de pus par l'un des émonctoires ordinaires. »

Cette proposition, qui reposait déjà sur l'histoire détaillée de huit cas rapportés dans le premier mémoire, reçoit un nouvel appui d'un neuvième fait publié dans cette seconde communication, et que nous allons analyser ; car les observations de ce genre ont pour effet principal, en éclairant sur la vraie nature des phénomènes observés, d'autoriser le praticien à employer des moyens qu'il repousserait bien loin s'il était assuré que l'expectoration purulente abondante se liât à la présence de produits tuberculeux.

Obs. — Anne M'Callogh, âgée de 15 ans, délicate, est admise à l'hôpital Meath le 5 mars 1844. Elle dit avoir joui d'une parfaite santé jusqu'à l'âge de 13 ans, époque où elle fut prise d'une fièvre dont elle ne se rétablit que lentement ; elle était cependant assez bien, lorsque, trois mois avant son admission, elle fut prise, après s'être exposée à un froid humide, de douleur dans le côté gauche, augmentant par l'inspiration, avec oppression, toux sèche et fatigante, et impossibilité de se coucher dans une autre position que sur le côté gauche. D'abord la toux était suivie d'une expectoration peu abondante et spumeuse ; mais quelques jours avant d'entrer à l'hôpital les crachats devinrent abondants, purulents, et d'une fétidité extrême, et tous ces symptômes persistaient au moment de son entrée, avec cette circonstance particulière qu'à la suite de chaque accès de toux la fétidité de la respiration était bien plus prononcée. La malade, couchée sur le côté gauche, éprouve peu d'oppression, quoique offrant 40 respirations par minute. Le pouls est à 112 ; les bruits du cœur sont normaux, et cet organe est à sa place habituelle. Amaigrissement

notable, insomnie avec sueurs nocturnes ; continuation de l'appétit, mais avec des vomissements provoqués par la toux et surtout par la fétidité des crachats. La poitrine est bien conformée; la région sous-claviculaire n'offre pas d'atrophie ; les espaces intercostaux, à égale distance des deux côtés, n'offrent rien d'anormal; aucune différence dans la vibration de la voix des deux côtés, où on l'entend très-peu. Le côté gauche, mesuré, a un quart de pouce de plus que le côté opposé. Dant tout le poumon droit, le bruit respiratoire est pur, bruyant, sans râle ; il en est de même de la partie supérieure du poumon gauche, à l'exception cependant d'une portion répondant au bord inférieur de la clavicule et à la fosse sus-épineuse, où l'on trouve du râle muqueux, mais rien qui ressemble à la pectoriloquie, ni à la crépitation, ni à l'absence du bruit respiratoire. Les mêmes altérations s'étendaient sous l'aisselle ; le foie ne paraît pas hypertrophié. La malade se plaint de la pression exercée. (Ventouses et vésicatoires sur le côté malade; à l'intérieur, combinaison de digitale et de muriate d'ammoniaque.)

Le 14 mars, la matité a notablement diminué, et la respiration bronchique qui était survenue dans les premiers jours du traitement faisait déjà place au bruit vésiculaire ; sur tout le reste du poumon, la respiration était forte et puérile. La toux continuait et s'accompagnait d'une expectoration purulente montant à environ 200 gram. en 24 heures. Le pouls était à 112, la respiration à 48 ; les sueurs nocturnes diminuaient ; le poumon gauche offrait un demi-pouce de moins en circonférence que le droit, d'où résultait une diminution de trois quarts de pouce.

Le 30 mars, il y a une amélioration notable, bien que les sueurs continuent et que le pouls reste très-fréquent. Les crachats continuent à présenter les caractères de purulence et de fétidité, mais sont moins abondants et mêlés d'une plus grande quantité de mucus; la salivation est établie depuis le 24. Un seul jour, l'expectoration fut extrêmement fétide et d'une couleur foncée due au mélange d'une certaine quantité de sang avec le pus; et à partir de ce moment, on entendit un bruit de frottement ou de cuir neuf vers la racine du poumon, et qui ne dura que deux ou trois jours, sans aucune aggravation des autres phénomènes morbides. La matité a considérablement diminué, mais non disparu complètement, et on entend dans tout le poumon gauche le bruit respiratoire fort et sans mélange d'aucun râle. La malade reste encore plusieurs semaines à l'hôpital, et pendant ce temps le pouls et la respiration perdent toute fréquence extraordinaire ; les sueurs, l'expectoration et la douleur de côté ont complètement

disparu ; elle a même repris des forces et de l'embonpoint, et elle sort guérie, sans qu'on ait constaté, malgré un examen attentif et journalier, aucun signe de production tuberculeuse.

Forcée de se livrer, aussitôt après sa sortie de l'hôpital, à de rudes travaux, cette fille fut obligée, à la fin, de rentrer à l'hôpital, où elle reprit immédiatement de la chair et des forces, et est même conservée comme blanchisseuse dans cet établissement. Le 24 août 1844, examinée avec soin par toutes les méthodes, l'auscultation, la percussion et la mensuration, on ne trouve chez elle aucune trace de lésion, mais bien tous les indices d'une santé complètement rétablie.

—Nous ne pouvons reproduire ici tous les développements dans lesquels entre M. Mac Donnell sur cette intéressante observation. Mais l'analyse exacte, bien que rapide, que nous venons de présenter des faits principaux, suffira pour faire reconnaître l'exactitude du diagnostic et les différentes phases qu'a suivies cette longue maladie, surtout pendant le traitement. Citons cependant quelques réflexions de l'auteur qui nous semblent propres à jeter un nouveau jour sur cette question.

Dans ce cas, comme dans plusieurs de ceux du premier travail, l'auteur a remarqué que les râles à grosses bulles n'avaient été entendus que dans le poumon du côté malade, et se demande si on ne doit pas en induire que, dans ces cas, c'est la muqueuse bronchique du poumon malade qui est chargée de la sécrétion supplémentaire. De l'absence aussi de tout signe de phlogose de la muqueuse bronchique dans les mêmes cas, il fait encore remarquer que, quelle que soit l'influence qui fasse éliminer de la plèvre, par la sécrétion de la muqueuse des bronches, ces grandes collections de pus, l'inflammation n'en est point l'élément nécessaire ; car, dans aucun des cas de ce genre qu'il a observés, il n'a remarqué les caractères de ce travail morbide, bien que, dans quelques-uns, le pus fut non-seulement abondant, mais encore d'une fétidité expressive.

La fétidité de l'expectoration et même de l'air expiré est une circonstance fort remarquable dans les cas d'empyème guérie après l'élimination supplémentaire du pus par le canal des bronches, et a dû faire craindre, dans certains cas, la complication de la gangrène pulmonaire. Mais, outre les conditions propres aux sujets affectés de cette dernière maladie, et qu'on ne peut confondre avec celles des individus attaqués d'empyème, il y a encore d'autres différences entre la fétidité dans ces deux cas. Bien que très-prononcée dans l'empyème, elle n'apparaît pas avec la même rapidité que dans la gangrène, et n'est ni précédée ni

suivie de ces abondantes hémoptysies qui annoncent et accompagnent si fréquemment la gangrène des poumons. La production de cette fétidité, qui ne peut plus être expliquée d'après le principe applicable à la gangrène du poumon, tiendrait à ce qu'une certaine quantité de pus et d'air occupant les petites bronches et les cellules aériennes, et n'ayant qu'une communication imparfaite avec l'air atmosphérique, en raison de l'affaissement des gros tuyaux bronchiques par la compression qu'exerce sur le poumon le fluide de l'empyème, cet air et ce pus agiraient chimiquement l'un sur l'autre et produiraient une décomposition qui donne lieu à l'odeur insupportable que présentent le pus et l'air expiré. Un fait observé chez le sujet de l'observation précédente, et chez quelques autres malades affectés comme elle d'empyème, vient à l'appui de cette explication : c'est que l'air expiré n'était pas fétide pendant la respiration ordinaire, mais le devenait aussitôt après la toux, probablement parce que, dans ces cas, l'air renfermé dans les tubes les plus éloignés, et le plus vicié, était chassé par la violence de la toux.

---

24. *Du sulfate de quinine dans les maladies chirurgicales;* par M. Coma.

(Gazetta medica di Milano.)

Voici deux faits dont chacun isolément aurait à peine été remarqué, mais qui présentent entre eux de telles ressemblances et une marche d'ailleurs tellement en dehors des règles communes, que la thérapeutique peut, ce nous semble, tirer quelque parti de leur rapprochement.

Deux hommes, l'un de 35, l'autre de 40 ans, bien portants jusque-là, se présentèrent presque en même temps à l'hôpital pour être traités d'une douleur au testicule, survenue à la suite d'une contusion reçue sur cette partie. L'organe n'était que légèrement augmenté de volume : il n'y avait pas de fièvre. Pour calmer cette douleur, qui tourmentait beaucoup les malades, on fit une saignée et une application de sangsues, ainsi que des applications émollientes. Une amélioration marquée eut lieu pendant la nuit; mais le lendemain matin la douleur était revenue au même degré. Trois fois de suite, chez l'un des malades, et deux fois chez l'autre, on répéta les évacuations sanguines; mais jamais l'amendement obtenu ne fut plus durable. Chaque fois les douleurs cessaient pendant la nuit et reparaissaient le lendemain aussi intenses. On donna alors le sulfate de quinine à la

dose de 12 décigrammes à prendre pendant l'intervalle des douleurs. Cette médication réussit admirablement.

---

25. *Observations sur l'action et l'emploi externe de l'aconit;* par le docteur R. Eades.

(The Dublin Journal of medical Science.)

Quelques expériences sur des animaux et deux cas de névralgie guéris par l'emploi de l'aconit à l'extérieur, tels sont les faits sur lesquels l'auteur de cette communication appuie les conclusions que nous allons reproduire, après avoir pourtant critiqué avec justesse l'idée vague qui se rattache à l'expression de *narcotique*, et l'insuffisance de la plupart des classifications des substances que l'on désigne sous ce nom. Il range, avec M. Pereira, parmi les médicaments *cérébro-spinaux*, c'est-à-dire parmi ceux qui ont pour effet primitif et spécifique de troubler les fonctions des nerfs cérébro-spinaux, classe à laquelle appartiennent tous les agents qui déterminent le sommeil, l'insensibilité, les perceptions, les jugements, les positions erronées ou le délire, le coma, la stupeur, la paralysie, les convulsions, etc. Quant à l'action propre de l'aconit, elle se montrerait dans tous les cas comme paralysant les nerfs du sentiment sans amener ni stupeur, ni convulsions, et ses effets sur l'économie animale seraient les suivants : affaiblissement, incertitude de la station, insensibilité de la surface croissant graduellement, faiblesse des muscles volontaires augmentant lentement et finissant par la paralysie, ralentissement prononcé du pouls, diminution de la vue plus ou moins complète, et quelques mouvements convulsifs au moment de la mort seulement, et non constamment; et dans les cas même où l'on observe ces derniers, ils ne paraissent être que le résultat de la cessation de la circulation cérébrale.

Employé à l'extérieur, l'aconit a réussi à l'auteur dans plusieurs cas de névralgie superficielle. Voici la formule qu'il prescrit :

Prenez : Teinture d'aconit. . . . . 16 grammes.
Eau de rose. . . . . 120 —
M. S.

Entretenir sur la partie douloureuse un linge imbibé du mélange.

Parmi les différentes préparations d'aconit, c'est à la teinture et à l'extrait alcoolique de racine que M. Eades donne la préférence, attribuant un grand nombre des insuccès dont se plaignent souvent les praticiens, dans les cas où ils emploient l'aconit, à l'infidélité de la plupart des autres préparations. On peut se

former une opinion assez exacte de la force de cette préparation par le sentiment de picotement qu'elle produit sur les lèvres et par le degré et la durée de l'engourdissement qu'elle y détermine.

---

26. *De la grossesse tubaire;* par le docteur A. G. Carus.

(Neue Zeitschrift für Geburtskunde.)

En 1841, l'auteur a déjà publié une dissertation sur la grossesse tubaire; depuis il a eu occasion de connaître un plus grand nombre de cas et d'en observer un lui-même. Vu la variété de ces cas, il croit devoir analyser les seize observations qui sont venues à sa connaissance. Il y a plusieurs cas : 1° l'ovule est fécondé dans l'ovaire et s'y développe : grossesse ovarique; 2° l'ovule glisse en dehors des fibres de la trompe et s'attache au péritoine : grossesse péritonéale; 3° l'ovule s'arrête dans les trompes: grossesse tubaire ; 4° l'ovule arrive jusqu'au point où les trompes pénètrent dans l'utérus : grossesse tubo-utérine; 5° l'ovule se loge dans la partie des trompes qui traverse les parois de l'utérus : grossesse interstitielle ; 6° l'ovule arrive dans la cavité même de l'utérus où il s'accroît : grossesse normale. Nous n'avons à nous occuper que du quatrième et du cinquième cas.

Le premier cas de grossesse tubaire bien décrite est dû à Schmitt, qui l'a publié dans le premier volume des observations de l'Académie Joséphine à Vienne. La femme, âgée de 28 ans, mourut de la rupture du kyste qui contenait le fœtus. Le canal de la trompe était oblitéré à son entrée dans l'utérus. La caduque remplissait la cavité de la matrice.

Le second cas a été observé par Albert en 1811, et publié par Mayer de Donn dans sa description d'une grossesse interstitielle.

La troisième observation, qui a beaucoup d'analogie avec la première, est due à Hederich (*Knst, Journal de Médecine*, septembre 1817). La cinquième est due à Cliet, qui la publia dans le compte-rendu des observations recueillies à l'hôpital de la Charité à Lyon, 1843. MM. Bellemain et Lartez ont vu le sixième cas, que M. Breschet a décrit dans les *Medico-chirurgical Transactions* pour 1824. Les quatre cas suivants sont dus à Dance (*Répertoire d'Anatomie et de Physiologie pathologiques*, 1826); Moulin (*Archives de Médecine*, novembre 1826); Auvity, même journal, juin 1826, et Carus père, qui l'a publié en 1832. (Voy. *Medicinisches Conversations blatt von* docteur Hohnbaum und John.) Dans toutes ces observations, l'issue a été fatale : la poche qui contenait l'enfant s'est rompue; du sang s'est épanché dans le péritoine, et la femme a succombé au bout de peu de

temps à une péritonite. Mais il existe dans le musée de Vienne plusieurs préparations qui prouvent que ces grossesses peuvent se prolonger jusqu'au septième ou au neuvième mois, et au delà, sans amener nécessairement la mort de la mère. Voici les détails que l'auteur doit à l'obligeance du professeur Rokitansky :

La pièce n° 4487 est un sac adhérant à l'utérus et contenant un fœtus de seize mois qu'on avait essayé d'extraire par l'opération césarienne, qui coûta la vie à la mère et à l'enfant. La préparation n° 4802 représente un sac contenant un fœtus de sept mois et communiquant avec la cavité de l'utérus par une fistule. La mère succomba à la suppuration et à l'inflammation du tissu de la matrice.

Mondini a publié une observation de grossesse tubaire dont les pièces se voient dans le musée de Bologne. Il y eut rupture du sac et mort de la mère vers le septième mois. Les observations dues à MM. Lugo (*Annales de Heidelberg*, vol, VII, troisième cahier), Dubois et Hoden, et Pinel Grand-Champ, n'offrent rien de particulier.

Cherchons à résumer ces observations et à en conclure les signes qui peuvent faire diagnostiquer une grossesse tubaire ou au moins extra-utérine. Les règles ne nous fournissent aucun symptôme qui ait quelque valeur : dans trois cas, elle continuent à apparaître régulièrement. Souvent la santé est troublée dans les premiers mois : il y a les accidents ordinaires de la grossesse à son début. D'autres fois la santé reste parfaite : il n'y a pas même soupçon de grossesse, jusqu'à ce que les accidents se montrent avec toute leur intensité au moment de la catastrophe. Dans tous les cas, il y eut au début une vive douleur dans l'hypogastre à droite ou à gauche. Cette douleur devient tellement vive, qu'elle détermine la syncope ou des convulsions. Puis le ventre se tuméfie d'un côté, et l'état de vacuité de l'utérus confirme le diagnostic. Viewes fixe le col de l'utérus avec l'indicateur de la main gauche et pénètre dans sa cavité avec une sonde d'homme. Puis il perçoit en même temps les battements du cœur du fœtus et le souffle placentaire ; il affirme positivement qu'il y a grossesse extra-utérine. Quant à la thérapeutique de cette maladie, elle est malheureusement nulle. Cependant, si l'on avait la certitude absolue de l'existence d'une grossesse tubaire, on serait peut-être en droit de recourir à l'opération césarienne.

---

27. *De l'influence des maladies des reins sur les résultats de la taille et de la lithotritie;* par B. Brodie.

(Dublin medical Press.)

Dans un mémoire que vient de publier M. Norman Chevers, il est question de l'influence des affections des reins sur les résultats des opérations et des lésions traumatiques en général, et l'auteur a ajouté quelques mots sur l'influence plus redoutable encore qu'elles exercent sur les opérations pratiquées sur les organes urinaires. Les remarques suivantes de M. Brodie compléteront à cet égard ce qui a été avancé par M. N. Chevers.

Après avoir rapporté un cas de mort après la taille chez un sujet qui portait à la fois une affection des reins et une inflammation de la vessie, M. Brodie ajoute :

« Mais une lésion primitive du rein, malgré l'état normal de la vessie, augmente également les dangers de l'opération. Le malade ne peut pas supporter la secousse que cette dernière imprime à son système nerveux, et en meurt immédiatement après, ou avant que la plaie ne soit fermée. Il est vrai qu'il était atteint d'une affection mortelle à laquelle il aurait succombé tôt ou tard si l'opération n'avait pas été pratiquée ; mais, comme elle hâta sa fin, on doit l'éviter.

« Un garçon de seize ans, aspirant de marine, avait éprouvé pendant plusieurs années une douleur très-vive aux lombes, et, en dernier lieu, avait présenté les symptômes ordinaires du calcul vésical. Ce malheureux continua à faire son service à bord tant que cela lui fut possible. Il fut alors confié à mes soins. Les souffrances occasionnées par le calcul étaient excessives; il ressentait, en outre, de vives douleurs lombaires, et de temps en temps il éprouvait des frissons. Ses urines étaient troubles, et, exposées à l'action de la chaleur ou de l'acide nitrique, elles laissaient déposer une grande quantité d'albumine. Le docteur Prout, qui avait été appelé en consultation avec moi, découvrit quelques autres circonstances dans leur composition chimique, qu'il n'avait jamais observées auparavant, si ce n'est dans des lésions organiques des reins. Le malade était, en outre, faible, abattu, et maigrissait tous les jours. Eu égard à son état, nous fûmes d'avis, le docteur Prout et moi, de ne pas opérer ; cependant, au bout de quelque temps, ses souffrances augmentèrent tellement, qu'il nous déclara qu'il aimerait mieux mourir que de continuer à les endurer, et, cédant à ses sollicitations et à celles de ses amis, je lui retirai la pierre de la vessie : elle était d'une grosseur moyenne et composée d'oxalate de chaux. L'opération et ses

suites immédiates furent aussi heureuses que possible. Durant la première semaine, le patient paraissait bien aller; il se trouvait sans douleur et content, et sa santé s'améliorait. La seule circonstance remarquable était une énorme sécrétion d'urine allant jusqu'au diabète : elle cessa au bout de quelques jours ; mais elle fut suivie d'une forte diarrhée, constituée par des évacuations aqueuses que rien ne pouvait arrêter. Sa faiblesse s'accrut de plus en plus; il fut saisi par un frisson, et mourut avant le développement de la réaction ordinaire, quinze jours environ après l'opération. L'ouverture du cadavre décela un énorme abcès dans un des reins, et cinq à six calculs d'oxalate de chaux de différents diamètres et de forme irrégulière.

« En 1808, il arriva dans cet hôpital un fait remarquable. Sir Everard (alors M. Home) pratiqua l'opération de la pierre sur un garçon de dix-sept ans. Le patient se trouvait, avant de la subir, dans un état d'abattement qu'on ne considéra pas, d'après les connaissances de ce sujet, comme suffisant pour la contre-indiquer. Cependant il mourut la nuit d'après, et à l'autopsie on trouva la vessie enflammée et sa muqueuse ulcérée; les uretères, les bassinets et les calices étaient dilatés; les reins eux-mêmes étaient d'une couleur pâle, et il y avait à leur partie supérieure un vaste abcès. Celui du rein droit s'était ouvert dans l'abdomen (probablement pendant l'opération), en donnant lieu. immédiatement au-dessous du foie, à un épanchement d'une demi-pinte de pus au moins.

« Avant de vous décider à pratiquer la lithotomie, vous n'avez rien de plus important à faire que de vous assurer de l'état des reins. Je vous ai déjà fait connaître les symptômes qui indiquent qu'une telle affection coexiste avec des calculs. Une chose à laquelle on doit faire attention, surtout pour porter un diagnostic exact, c'est l'état des urines ; elles peuvent être alcalines, et par conséquent anormales, sans que les reins soient pour cela atteints d'une lésion organique et sans qu'il y ait contre-indication à opérer. Mais ce qui doit principalement réveiller les craintes quant aux suites de l'opération, c'est leur état purulent et trouble, et la présence d'une grande quantité d'albumine. Cependant cette dernière circonstance, lorsque toutes les autres sont favorables, ne constitue pas un motif suffisant pour vous faire rejeter l'opération. Un de mes malades, âgé de soixante ans, et portant une pierre dans la vessie, rendait des urines qui étaient constamment troubles dès leur sortie, et qui ensuite déposaient une matière albumineuse ou fibrineuse. J'hésitai d'abord à conseiller l'opération ; mais n'observant aucun autre symp-

tôme fâcheux, je changeai d'avis, et je pratiquai la lithotomie. Le malade se rétablit sans qu'il survînt aucun accident, et vécut encore plusieurs années, au bout desquelles il succomba à une autre affection..... »

« J'ai décrit les dangers qui accompagnent la lithotomie, lorsqu'un calcul vésical se trouve compliqué d'affection rénale. Un des plus graves consiste dans l'hémorrhagie, que cette opération doit toujours occasionner à un degré quelconque, et quelquefois même à un haut degré, quels que soient les efforts du chirurgien pour l'éviter. Je ne doute pas que, dans ces cas, la plus sûre méthode ne soit le broiement; mais la moindre secousse de l'économie suffira quelquefois pour éteindre la vie d'un malade atteint d'une affection des reins; et souvent il sera plus prudent d'avoir recours aux différents moyens que nous possédons pour pallier ses souffrances, que de courir le risque d'abréger ses jours pour tâcher de le guérir. L'observation que je vais rapporter offre de l'intérêt à plusieurs égards, et sert surtout à faire connaître les mauvaises conséquences auxquelles une opération insignifiante peut donner lieu lorsqu'il y a une maladie grave des reins.

« Un gentilhomme me consulta, en 1836, pour une affection calculeuse de la vessie : il s'était trouvé, six mois auparavant, dans des circonstances qui l'avaient obligé à retenir son urine pendant un espace de temps très-long, ce qui l'avait fait beaucoup souffrir. Depuis lors, il continua à éprouver plus ou moins de douleur aux régions lombaires, à laquelle vinrent bientôt se joindre les symptômes ordinaires de la pierre dans la vessie ; du reste, sa santé paraissait bonne. Après avoir injecté, à la manière ordinaire, de l'eau tiède dans le réservoir urinaire, je saisis avec le forceps lithotriteur deux petites pierres que j'écrasai, et dont je retirai presque tous les fragments entre les mors de l'instrument. Tout ceci fut terminé en peu de temps et sans difficulté ; mais le malade fut bientôt après saisi de frisson, et, au bout de quarante huit heures environ, il survint brusquement une douleur des plus vives et des plus cruelles qu'il rapportait aux lombes, et qu'on ne pouvait calmer que par de hautes doses d'opium. Quelques heures après, la douleur avait disparu, et le pouls, qui jusqu'alors avait été très-fréquent, reprit son rhythme ordinaire. Deux jours après, il survint un nouvel accès, qui cessa comme le premier, en laissant au patient toutes les apparences d'une parfaite santé, mais qui bientôt fut suivi par plusieurs autres d'une plus longue durée, séparés par des intervalles plus courts, et dont un fut précédé par un frisson intense. Alors le

pouls continua à être fréquent, la peau devint chaude, le délire alterna avec du coma; le malade s'affaissa insensiblement, et mourut le sixième jour après l'opération. A l'autopsie, on trouva la vessie saine, si ce n'est qu'elle renfermait quatre petits calculs de la grosseur d'une petite fève, qu'on aurait aisément broyés dans une deuxième séance, si le malade eût survécu à la première. Le tissu du rein droit avait été très-peu altéré, mais le gauche avait été doublé de volume, et sa capsule d'enveloppe adhérait au tissu graisseux environnant plus fortement qu'à la glande elle-même, dont la surface mise à nu offrait un aspect bigarré, dû à un grand nombre de petites collections de lymphe couleur jaune-paille déposées dans son tissu. La membrane qui revêt les calices et le bassinet était enflammée, et leurs cavités renfermaient une quantité considérable d'un fluide foncé muco-purulent. »

MÉLANGES.

28. *Congrès médical de France.*

(Bulletin général de Thérapeutique, octobre 1845.)

Le premier devoir de la Commission permanente était de se mettre en rapport avec M. le ministre de l'instruction publique, le chef naturel et immédiat du corps médical. La lettre de M. Orfila faisait pressentir que la Commission ne trouverait ni embarras ni obstacles auprès de M. le ministre; mais elle ne pouvait faire prévoir l'accueil bienveillant et sympathique qui lui a été fait par M. de Salvandi. Le ministre a formellement déclaré que d'une réunion d'hommes aussi éclairés et aussi bien intentionnés, il ne pouvait sortir qu'un résultat sérieux et important, qu'il le prévoyait, qu'il l'attendait, et que, dans cette attente, il s'arrêtait dans les travaux commencés pour le projet de loi d'organisation médicale. Il promit de donner tous ses encouragements au Congrès, et de faire imprimer les listes d'adhésion dans le *Journal officiel de l'Instruction publique*.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce, de qui ressortissent principalement la pharmacie et l'art vétérinaire, a été aussi explicite dans ses encouragements.

La Commission dut alors s'occuper d'obtenir les autorisations nécessaires, et pour cela elle s'adressa directement à M. le ministre de l'intérieur et à M. le préfet de police. L'accueil qu'elle

reçut de ces autorités fut extrêmement favorable, et toutes les permissions demandées furent accordées.

Il s'agissait alors d'obtenir, à l'Hôtel-de-Ville, une vaste salle qui pût servir aux séances du Congrès. La Commission demanda la salle Saint-Jean, qui lui fut gracieusement accordée par M. le préfet de la Seine.

Mais la Commission a senti que les membres du Congrès avaient besoin d'un autre lieu de réunion que la salle même des séances; qu'il fallait aux Commissions un lieu de recueillement et de travail, aux médecins étrangers à Paris, un point central de ralliement où ils pussent se voir, se concerter, se distraire; où tous les membres du Congrès, en un mot, pussent ne pas vivre isolés dans cette immense ville. Mue par tous ces motifs, la Commission a loué un magnifique local situé rue Duphot, n° 10, disposé en cercle élégant et commode, où les adhérents trouvèrent, depuis le 29 octobre jusqu'au 15 novembre, et du matin à minuit, l'hospitalité du lieu, du feu et de la lumière, un salon de lecture, des distractions diverses, sans autre rétribution que la modique somme demandée à chaque adhérent.

En même temps que la Commission s'occupait de ces affaires pour ainsi dire extérieures, elle menait à bonne fin les travaux nombreux et importants d'organisation intérieure. Le règlement du Congrès était une affaire capitale : nos lecteurs verront comment la Commission s'est acquittée de cette mission délicate et difficile.

Une autre mission tout aussi délicate consistait à désigner un président qui, quoique investi d'un honneur provisoire, pût être cependant accepté par le Congrès réuni comme un représentant élevé, honorable et digne de la science et de la profession, comme à l'abri de tout intérêt personnel dans les questions d'enseignement, comme garanti de tout froissement d'amour-propre et de rivalité. A l'unanimité, la Commission a fait choix de M. le docteur Serres, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, ancien président de l'Académie des sciences, et médecin de l'hôpital de la Pitié. M. Serres a accepté cet honneur, et le Congrès s'est ouvert sous sa présidence le samedi 1er novembre, à midi, salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville.

Chaque adhérent, en arrivant à Paris, fut invité à s'inscrire chez M. le docteur Richelot, trésorier, rue Neuve-des-Mathurins, n° 10, qui remit une carte d'admission et une instruction détaillée sur les droits et devoirs des membres du Congrès.

Nous donnons le texte du règlement du Congrès, et, sur la

demande d'un grand nombre de nos abonnés qui ne sont pas venus à Paris, et qui sont bien aises de connaître les textes sur lesquels les rapports et les discussions ont roulé, nous faisons connaître les programmes des questions pour la médecine et pour la pharmacie.

Règlement du Congrès médical.

Art. I. Le bureau du Congrès est composé d'un président, de six vice-présidents, deux pris dans la section de médecine, deux dans la section de pharmacie, et deux dans la section de médecine-vétérinaire; d'un secrétaire-général; de six secrétaires des séances, pris, de même que les vice-présidents, en nombre égal dans chacune des trois sections du Congrès, et d'un trésorier.

La nomination de ce bureau sera faite au scrutin secret et à la simple majorité des suffrages, dans la première séance du Congrès et de la manière suivante : Pour le président, par scrutin individuel; pour les vice-présidents, par scrutin de liste; pour le secrétaire-général, par scrutin individuel; pour les secrétaires des séances, par scrutin de liste, et pour le trésorier, par scrutin individuel.

Cette première séance sera présidée par le bureau provisoire nommé par la Commission permanente.

Le président présidera les assemblées générales et les assemblées des sections à son choix. En son absence, dans chacune des trois sections, l'assemblée sera présidée par le premier nommé des vice-présidents de la section, ou, au défaut de celui-ci, par le second.

Art. 2. A la fin de chaque séance, le président rappellera l'ordre du jour de la séance suivante, tel qu'il a été fixé d'avance pour faciliter les travaux du Congrès.

Art. 3. La police de l'assemblée appartiendra au président; nul ne prendra la parole sans son autorisation, et sans préalablement s'être inscrit de la manière qui est déterminée dans l'instruction qui sera émise.

Tous les orateurs parleront d'une tribune disposée pour cet usage dans la salle des assemblées du Congrès; il est expressément interdit de parler de sa place.

Art. 4. Le Congrès n'émet que des vœux.

Art. 5. Toutes les propositions et discussions politiques sont formellement interdites.

Art. 6. Les délibérations du Congrès seront prises par assis et levé, et à la majorité des membres présents.

Art. 7. Les discours écrits sont interdits.

Les mémoires écrits seront déposés sur le bureau et renvoyés aux Commissions chargées de traiter les sujets auxquels ces Mémoires se rattacheront; ces commissions en tiendront compte dans leur rapport, s'il y a lieu.

Il en sera de même de toute proposition ne se rapportant pas aux questions énoncées dans le programme.

Art. 8. Le bureau provisoire, auquel s'adjoindra la Commission permanente, nommera d'avance des Commissions chargées d'examiner chacun des paragraphes du programme, de faire un rapport sur les questions, rapport qui devra toujours être terminé par la proposition d'un vœu à émettre relativement à la solution de ces questions.

La discussion s'ouvrira immédiatement sur ce rapport, et sera suivie d'un vote du Congrès dans la même séance.

Art. 9. Les séances du Congrès seront divisées en assemblées générales et en assemblées de sections.

Les assemblées générales seront déterminées et indiquées par le bureau, selon les besoins des discussions et selon la connexion que présenteront certaines questions du programme d'une section avec celles du programme d'une autre ou des autres sections.

Le bureau prendra toutes les dispositions nécessaires pour que les travaux des diverses sections soient conduits de telle sorte que la discussion en assemblée générale des questions connexes puisse avoir lieu sans interrompre l'ordre des programmes.

Art. 10. Les votes des sections seront définitifs.

A la fin des travaux du Congrès, le secrétaire-général rendra compte aux membres du Congrès, en assemblée générale, des vœux émis par les trois sections, qu'il aura réunis et coordonnés.

Art. 11. Le bureau décidera s'il est possible d'imprimer et de distribuer à chaque membre du Congrès la collection des procès-verbaux des séances, des rapports et des discussions, etc.

Dans le cas de l'affirmative, cette publication sera faite par les soins de la Commission dont il est parlé à l'art. 13.

Art. 12. Les séances du Congrès ne seront pas publiques; nul que les adhérents n'aura droit d'y assister.

Cependant le bureau pourra adresser les invitations particulières qu'il jugera convenables.

Il réservera aussi des places à MM. les rédacteurs des journaux.

Art. 13. Avant de se séparer, le Congrès nommera une Commission de quinze membres, chargée de présenter à M. le ministre de l'instruction publique, à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, à la Chambre des pairs et à la chambre des

députés, le résultat des vœux émis par le Congrès, et d'en poursuivre la réalisation.

Art. 14. Dans la dernière séance du Congrès, le trésorier rendra compte de l'emploi des fonds provenant des adhésions.

Si les recettes excèdent les dépenses, le bureau proposera l'emploi à faire de la somme excédante, et le Congrès votera sur cette proposition.

Art. 15. Le compte-rendu du trésorier, approuvé par le Congrès, sera imprimé et adressé à tout adhérent.

Il sera suivi de la liste nominative de toutes les personnes qui ont adhéré au Congrès.

Art. 17. Le présent règlement sera imprimé et distribué à chaque membre du Congrès.

Programme de la section de médecine.

Enseignement. — Facultés et Ecoles. — L'enseignement des sciences médicales est donné aujourd'hui dans des Facultés et dans des Ecoles préparatoires. — Cette division est-elle utile, et quels sont ses avantages ? — L'enseignement donné dans les Facultés répond-il aux besoins de la science et de l'art ? — Dans le cas de la négative, indiquer les modifications nécessaires, et spécifier pour chacune des Facultés de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, et pour chaque division de cet enseignement, les améliorations que l'on croit utiles. — Le nombre des Facultés est-il suffisant ? est-il trop considérable ? — Dans le cas où il serait jugé insuffisant, dans quelles villes conviendrait-il d'en instituer de nouvelles ? — Dans le cas où il serait trop considérable, lesquelles supprimer ? — Y aurait-il avantage à n'avoir qu'une Faculté ? — L'enseignement donné dans les Ecoles préparatoires répond-il aux besoins de la science et de l'art ? — Dans le cas de la négative, indiquer les modifications nécessaires, et spécifier pour chacune de ces Ecoles les améliorations que l'on croit utiles.

Enseignement libre. — L'enseignement donné par les Facultés et par les Ecoles préparatoires est l'enseignement légal et officiel, à l'existence duquel il est interdit et d'ailleurs impossible de porter atteinte. — Mais les prérogatives de cet enseignement officiel interdisent-elles l'enseignement libre ? — Quel est l'état de la législation sur ce point ? — Rechercher quels sont les droits, relativement à l'enseignement libre, des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, et de tout autre membre du corps médical.

Professeurs. — Quel est le meilleur mode de nomination des professeurs ? — Comparer les avantages et les inconvénients des

divers modes de nomination, tels que la nomination directe, la nomination après présentation, la nomination par concours, la nomination par élection ou toute autre. — Dans le cas où le concours serait reconnu le meilleur mode de nomination, rechercher les améliorations dont cette institution est susceptible. — Les fonctions des professeurs sont à vie dans l'organisation actuelle : est-ce un bien ? est-ce un mal ? — Dans ce dernier cas, indiquer une organisation nouvelle qui, tout en tenant compte des services rendus, prévoie les circonstanoes où l'âge et les infirmités rendent les professeurs incapables.

Agrégés. — L'institution actuelle des agrégés dans les Facultés de médecine n'est-elle pas susceptible de grandes modifications ? — Rechercher si cette institution ne pourrait pas être remplacée par celle de professeurs suppléants.

Elèves. — Quelles garanties d'aptitude faut-il demander aux élèves qui se destinent à l'étude de la médecine ? — Rechercher si les règlements actuels concernant l'ordre des études, la manière dont elles sont suivies, et la preuve qu'elles ont été suivies, sont suffisantes et efficaces. — Dans le cas de la négative, indiquer une organisation nouvelle. — Examiner la valeur des projets sur l'assimilation des élèves en médecine avec les élèves de quelques écoles spéciales du gouvernement. — Indiquer un mode efficace d'obliger tous les élèves à la fréquentation des hôpitaux.

Examens, Réceptions. — Le mode actuellement suivi pour les examens offre-t-il des garanties suffisantes ? — Y a-t-il des inconvénients à ce que les examens probatoires soient faits exclusivement par les professeurs ? — Dans le cas de l'affirmative, indiquer un plan d'organisation de jurys d'examen pris en dehors du corps enseignant proprement dit.

Exercice. — Les deux ordres de médecins. — Rechercher s'il y a des inconvénients réels à renoncer à avoir deux ordres de médecins. — En supposant qu'il fût dangereux de supprimer les réceptions à deux degrés, quelles conditions nouvelles d'aptitude et d'exercice faudrait-il imposer au degré inférieur ? — Dans quelles écoles et par quels juges les médecins du degré inférieur devraient-ils étudier et être reçus ? — Quelle dénomination conviendrait-il de leur donner ? — En admettant que la suppression du degré inférieur fût trouvée utile et légitime, quels moyens employer pour que les populations rurales ne fussent pas privées des secours de l'art ?

Médecins cantonnaux. — L'institution des médecins cantonnaux étant reconnue utile, indiquer un plan d'organisation. — Quel

mode de nomination faudrait-il suivre? — Quelles attributions leur donner? — Quels honoraires leur accorder?

Honoraires. — L'arbitraire qui règne actuellement sur les honoraires dus aux médecins est-il compatible avec la dignité de l'art? — Quels seraient les avantages d'une fixation légale à cet égard? — D'après quel mode et sur quelles proportions établir cette fixation? — Les honoraires fixés par la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire sont-ils en proportion de la peine et du dérangement que cette réquisition occasionne? — L'article 2272 du Code civil, qui fixe à un an la prescription pour les honoraires du médecin, est-il fondé en équité et en morale? — L'article 2101 du Code civil, qui déclare privilégiés les frais quelconques de dernière maladie, est-il applicable aux cas où le malade a guéri, ou seulement aux cas où il y a une succession ouverte?

Responsabilité. — Les articles 319 et 320 du Code pénal, les articles 1382 et 1383 du Code civil, sont-ils applicables, et dans quelles conditions sont-ils applicables à la responsabilité des médecins? — La responsabilité des médecins admise comme principe, les tribunaux ordinaires sont-ils compétents pour en connaître? Dans la négative, indiquer à quels juges on devrait recourir.

Secret. — Exposer l'état de la législation et de la jurisprudence sur la question du secret. — Dans quelles conditions le secret est-il imposé au médecin? — Existe-t-il des cas où le médecin doive révéler? — Existe-t-il des cas où, relativement à des faits passés dans l'exercice des ses fonctions, le médecin peut être assimilé à un témoin ordinaire?

Exercice illégal. — La pénalité infligée à l'exercice illégal de la médecine est-elle en rapport avec la gravité du délit? — Au lieu d'être justiciable des tribunaux de police correctionnelle, l'exercice illégal de la médecine devrait-il l'être des Cours d'assises? — Le traitement des malades dirigé par des personnes non pourvues d'un titre légal, et dont les ordonnances sont signées par un médecin, doit-il être regardé comme un exercice illégal de la médecine?

Médecins étrangers. — Quelles conditions nouvelles faudrait-il imposer aux médecins étrangers qui veulent jouir du droit d'exercice en France?

Abus et délits. — La législation actuelle est-elle insuffisante pour la répression des abus et des délits dans l'exercice de la médecine? — Indiquer quels sont ces abus contre lesquels la loi est impuissante. Indiquer une législation nouvelle efficace.

Conseils de discipline. — Quels seraient les avantages, quels seraient les inconvénients des conseils de discipline? — Quelle organisation, quelles attributions leur donner? — Quelles modifications leur imposer selon l'exercice de la médecine dans les villes ou dans les campagnes?

Limitation. — La limitation du nombre de médecins peut-elle être admise en principe? — Sur quelles bases faudrait-il la faire reposer?

Diverses. — Rechercher les moyens de créer dans les campagnes des hôpitaux, asiles, infirmeries, bureaux de secours, etc. — La position des médecins des hôpitaux est-elle en rapport avec les services qu'ils rendent? Indiquer quelles améliorations seraient désirables sous ce rapport. — L'organisation actuelle, relativement aux médecins, des secours à domicile est-elle susceptible de modifications avantageuses? — L'organisation actuelle, relativement aux médecins attachés aux eaux minérales, est-elle sans inconvénients? — Toutes les places, rétribuées ou honorifiques, que les médecins peuvent remplir, sont-elles susceptibles d'être données au concours ou à l'élection?

Associations. — Indiquer un plan d'association pour les médecins de la France; associations de département, d'arrondissement, se reliant à un centre commun. — Indiquer quels seraient les droits et les devoirs de cette association générale : 1° envers la science; 2° envers la loi; 3° envers la morale publique; 4° envers l'administration; 5° envers la profession.

Programme de la section de pharmacie.

Enseignement. — L'enseignement des sciences que les pharmaciens doivent étudier est donné aujourd'hui dans des Ecoles de pharmacie et dans des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie. — Cette division est-elle utile? Quels sont ses avantages et ses inconvénients?

Ecoles de pharmacie. — L'enseignement donné dans les Ecoles de pharmacie répond-il aux besoins de la profession? — Dans le cas de la négative, indiquer les modifications à introduire dans l'organisation de chacune des Ecoles de Paris, de Montpellier et de Strasbourg. — Et, par exemple, est-il convenable que la Botanique soit l'objet d'un enseignement spécial? ou doit-elle, comme le veut l'ordonnance du 27 septembre 1840, être confondue avec la Minéralogie et la matière médicale sous la dénomination d'Histoire naturelle médicale, et enseignée avec ces sciences par un seul et même professeur?

Ecoles préparatoires. — L'enseignement donné dans les Ecoles

préparatoires répond-il aux besoins de la profession? atteint-il le but que le gouvernement s'est proposé en les créant? — Indiquer les modifications à introduire dans le régime de ces Ecoles, dans le cas où elles seraient conservées.

Enseignement libre. — Rechercher quels sont les droits des pharmaciens relativement à l'enseignement libre.

Nomination des professeurs. — Quel est le meilleur mode de nomination des professeurs? — Les professeurs, dans l'organisation actuelle des Ecoles de pharmacie, sont nommés par le ministre de l'instruction publique d'après une double liste de présentation, l'une dressée par ces Ecoles, l'autre par l'Académie des sciences. — Comparer ce mode de nomination avec la nomination par *concours*, en faire ressortir les avantages et les inconvénients.

Limites des fonctions. — Les limites du professorat ne doivent-elles avoir d'autre terme que celui de la vie même des professeurs? — Dans le cas de la négative, indiquer une disposition qui, tout en assurant aux services rendus une juste rémunération, prévoie les circonstances où l'âge et les infirmités ne permettent plus aux professeurs de remplir exactement et utilement leurs fonctions.

Des Agrégés. — L'institution actuelle des agrégés dans les Ecoles de pharmacie n'est-elle pas susceptible d'utiles modifications? — Indiquer ces modifications.

Des Elèves. — Quelles conditions préalables, quelles garanties d'aptitude devrait-on exiger des jeunes gens qui se destinent à l'étude de la pharmacie? Serait-il utile de rendre obligatoire pour eux, comme on l'a fait pour les élèves en médecine, l'obtention du diplome de bachelier-ès-sciences?

Ordre des études. — Rechercher si les règlements actuels concernant l'ordre des études, la manière dont elles sont suivies et la preuve qu'elles ont été suivies, sont suffisants et efficaces. — Dans le cas de la négative, indiquer des dispositions nouvelles.

Ecoles. — Examiner si, au point de vue de l'intérêt public et de la force des études théoriques, il y aurait avantage à placer les élèves en pharmacie dans les mêmes conditions que celles de quelques écoles spéciales du gouvernement, telles que les Ecoles de marine, polytechnique et autres?

Réceptions. — Le mode actuellement suivi pour les examens offre-t-il des garanties suffisantes? — N'est-il pas juste de penser que chacun des deux premiers examens s'applique à des sujets trop nombreux et trop vastes, tandis que les deux derniers

sont beaucoup trop restreints dans leurs objets, et sont loin de compléter convenablement les épreuves ? — Si l'on adopte cette manière de voir, indiquer un ordre nouveau à établir dans les examens.

Des Jurys d'examen. — Est-il sans inconvénient que les examens soient faits exclusivement par les professeurs ? — Est-il convenable qu'une nouvelle organisation des juris d'examen soit réclamée ?

Exercice. — Deux ordres de Pharmaciens. — Deux ordres de pharmaciens existent : ceux que reçoivent les Ecoles, ceux que reçoivent les jurys. — Est-il utile de les maintenir ?

Des Jurys médicaux. — L'opinion s'est depuis longtemps prononcée contre l'institution des jurys ; cependant quelques personnes semblent craindre que leur suppression ne diminue outre mesure le nombre des pharmacies en dehors des villes, et que les populations rurales ne soient plus dès lors suffisamment pourvues de ces établissements. — Cette question est grave : on doit rechercher si ces craintes sont fondées, et par quels moyens on pourrait concilier les avantages d'un exercice éclairé de la pharmacie avec la nécessité de ne pas trop restreindre le nombre des pharmaciens.

Codex. — Le dernier Codex a été publié en 1836 ; n'a-t-il pas cessé d'être en rapport avec l'état de la pharmacie, et ne serait-il pas nécessaire qu'il fût revisé pendant le cours de l'année 1846 ?

Tarif légal. — Un tarif légal des médicamens serait-il utile et possible sous l'empire de l'organisation actuelle de la pharmacie ?

Expertises judiciaires. — Y aurait-il lieu de réclamer quelques modifications aux conditions fixées par la loi en faveur des pharmaciens chargés d'expertises judiciaires ?

Responsabilité. — La responsabilité des pharmaciens est-elle convenablement déterminée ? — Les conditions auxquelles elle est soumise sont-elles équitables ?

Vente des poisons. — Les règlements relatifs à la vente des poisons, considérée soit dans le ressort de la pharmacie, soit en dehors de cette profession, ont-ils besoin d'être revisés ? — De quelles modifications sont-ils susceptibles ?

Exercice illégal. — La pénalité appliquée à l'exercice illégal de la pharmacie est-elle en rapport avec la gravité du délit ?

Prête-nom. — Convient-il d'assimiler à l'exercice illégal l'exercice par prête-nom, et, dans le cas où cette assimilation serait

admise, le prête-nom et le propriétaire réel de l'officine ne devraient-ils pas être passibles des mêmes peines ?

Pharmaciens étrangers. — Les conditions auxquelles les pharmaciens étrangers peuvent exercer en France ne portent-elles pas atteinte aux droits et intérêts des pharmaciens français ? — Indiquer ce qu'il y aurait à faire à cet égard.

Répression des abus et délits. — La législation actuelle est reconnue insuffisante pour la répression des abus et des délits qui entravent ou compromettent l'exercice de la pharmacie. — Indiquer ceux de ces abus et délits contre lesquels la législation est impuissante, et les dispositions nouvelles qui peuvent en rendre la répression plus facile. — En recherchant les dispositions nouvelles qui existent dans les lois actuellement en vigueur, on devra étudier avec attention les questions qui se rapportent : 1° à l'*annonce* des médicaments ou remèdes quelconques.

De l'Annonce.—L'annonce doit-elle être proscrite d'une manière absolue, en tant qu'elle s'applique à des médicaments ?— Peut-elle être autorisée dans certaines limites ?

Des Spécialités. — 2° Aux *spécialités.*

Remèdes secrets. — 3° Aux *remèdes secrets.*

Compérage médical. — 4° Aux *associations* entre médecins et pharmaciens, associations qui se révèlent soit par les cabinets de consultation annexés aux officines, soit par la rédaction mystérieuse des formules et l'emploi de termes et de signes particuliers qui échappent à l'interprétation commune.

Cumul des professions médicales. — 5° Au *cumul* ou exercice simultané de la médecine et de la pharmacie. — Bien que l'incompatibilité entre les fonctions de médecin et de pharmacien, si bien établie par la raison publique, ne le soit pas formellement par la loi du 21 germinal an XI, néanmoins elle a été consacrée par un arrêt de la Cour de cassation en date du 14 août 1841, qui, tout en reconnaissant sur ce point la lacune qui existe dans la loi, émet le vœu que le législateur érige cette incompatibilité en prohibition formelle, sauf certains cas de nécessité prévus, et sanctionne cette prohibition par une disposition pénale.

Empiétement des professions voisines. — 6° A l'*empiétement* des professions *voisines.* — Le concours que le gouvernement et les Ecoles prêtent à la pharmacie contre cet empiétement est-il suffisant et en rapport avec les conditions onéreuses qui sont imposées aux pharmaciens ? — Cette insuffisance, si elle existe, en raison de la position précaire qu'elle fait aux pharmaciens, ne renferme-t-elle pas un danger public ?

Des Herboristes. — La profession d'*herboriste* doit-elle être maintenue, supprimée, ou simplement modifiée?

Des Vétérinaires. — Les médicaments à l'usage et de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire étant de même nature, sont incontestablement du ressort de la pharmacie. Les *vétérinaires* sont-ils fondés à s'attribuer, concurremment avec les pharmaciens, le droit de les préparer et débiter, et ne doivent-t-ils pas se contenter de les prescrire ?

Des pharmaciens dits spéciaux. — 7° A l'existence de *certaines pharmacies* dites *spéciales.* — Le Codex impose à tout pharmacien l'obligation de tenir dans son officine, à la disposition du public, un certain nombre de médicaments simples ou composés qu'il désigne par un astérique. Cette prescription formelle du Codex est-elle compatible avec l'existence de quelques pharmacies, prétendues *spéciales*, qui se bornent à l'exploitation d'un petit nombre de médicaments?

Etablissements de charité. — 8° A la vente des médicaments par les *établissements de charité.* — Cette question a été résolue administrativement par une décision de l'autorité supérieure en date du 31 janvier 1840 ; mais l'interdiction qu'elle prononce contre cette vente n'est point encore consacrée par la loi. — La législation actuelle n'est-elle pas insuffisante pour protéger les droits des pharmaciens contre les concurrences illégitimes dont ils ont à se plaindre , et particulièrement contre celle de quelques hôpitaux et établissements de charité? — Signaler les principaux abus de ce genre, et indiquer les moyens d'y mettre un terme.

De la limitation. — La limitation du nombre des pharmaciens peut-elle être admise en principe? — Sur quelles bases faudrait-il la faire reposer ?

De la liberté dans l'exercice de la pharmacie. — Les conditions au prix desquelles les pharmaciens obtiennent leurs diplomes et le droit d'exercer la pharmacie, la responsabilité et la surveillance auxquelles ils sont soumis, offrent des garanties sérieuses et multipliées. — En échange de ces garanties, la loi ne doit-elle pas et ne peut-elle pas sans danger accorder aux pharmaciens le droit de préparer, de conserver dans leurs officines et de livrer au public tous les médicaments et produits naturels et chimiques applicables à l'art de guérir, sans restriction aucune ? — Cette *liberté* ne paraîtra-t-elle pas nécessaire, si l'on considère l'omnipotence des médecins dans l'exercice de leur profession et dans l'emploi de tous les agents que la nature met à la disposition des hommes pour combattre les maladies? — Cette question est

grave : on doit, en la traitant, faire la part de la liberté que réclame l'exercice de la médecine et des garanties qui doivent protéger la santé et la vie des citoyens.

Des Hôpitaux civils.—L'exercice de la pharmacie dans les hôpitaux civils offre-t-il toutes les garanties désirables ? — La position et les devoirs des pharmaciens en chef, des élèves internes et externes dans ces établissements, sont-ils déterminés d'une manière convenable ?

Des Dispensaires, etc. — Examiner les relations des pharmaciens avec les dispensaires et les institutions de bienfaisance et de secours mutuels.

De l'Association. — Considérer la question de l'association entre les pharmaciens sous les divers points de vue de la science, des secours mutuels, de la moralité et des intérêts de la profession.

Conseils de discipline. — Toutes les Commissions qui se sont occupées depuis plusieurs années des questions relatives à la réorganisation de la pharmacie ont été d'accord sur l'utilité de la création de conseils de discipline dont la mission principale serait de veiller à ce que l'exercice de la profession fût constamment digne et ne sortît jamais des limites tracées par la loi. On aura donc à examiner : 1° quels seraient leurs avantages, quels seraient leurs inconvénients ? 2° quelle organisation, quelles attributions leur donner ? 3° quelles modifications leur imposer, selon l'exercice de la pharmacie dans les villes ou dans les campagnes ?

Conseils médicaux. — 4° Les conseils médicaux et l'organisation qui leur a été donnée par le Rapport de l'Académie royale de médecine, et par celui des pharmaciens publié en 1844, n'atteindraient-ils pas le but désiré ?

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 158e VOLUME.

6e SÉRIE, TOME X. — OCTOBRE 1845.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Mémoire sur les lithomosques comparés aux lithopèdes ; par le docteur *A. Nieman.* (Traduit du hollandais, par *S. Verheyen.*) 85
Considérations sur la maladie des pommes de terre ; par *J. B. Depaire.* 103
Note sur les amputations spontanées; par M. le docteur *Simonart.* 112

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jahrbuecher der K. K. OEsterreichischen Staates. (Analyse par le docteur *Biver.*) 119
BIBLIOGRAPHIE. — Le livre des mères, anthropologie physiologique de l'enfance, depuis la naissance jusqu'à la seconde dentition ; par le docteur *A. Biver.* (Analyse par le docteur *Czermack.*) 123
Traité théorique et pratique de l'art des Accouchements, comprenant l'histoire des maladies qui peuvent se manifester pendant la grossesse et le travail, et l'indication des soins à donner à l'enfant nouveau-né ; par *P. Cazeaux.* 127
Traité de l'art de formuler, ou notions de pharmacologie appliquées à la médecine ; par le docteur *Mialhe.* 131
VARIÉTÉS. — Petite excursion médicale. (*Suite.*) 133
NOUVELLES MÉDICALES. — Audience accordée à la commission permanente du Congrès médical de France, par M. le ministre de l'instruction publique. 141
NÉCROLOGIE. 142

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 28 septembre 1845.

Communication du Gouvernement. 705
Correspondance. 706
Communications diverses. 706
Rapport sur les Mémoires en réponse à la question proposée pour le concours de 1845, sur l'influence des marais. 707
Rapport sur les Mémoires en réponse à la question du même concours, sur la chlorose et l'anémie. 735
Rapport de la Commission chargée de l'examen des questions proposées pour le concours de 1847. (*Questions.*) 755
Rapport de la Commission chargée des présentations à faire pour l'élection de six membres honoraires. (*Nominations.*) 757
Communications scientifiques. — OEsophagotomie appliquée aux rétrécissements de l'œsophage ; par *V. De Lavacherie*, membre titulaire. 758
Note sur les polypes fibreux du larynx ; par M. *Ad. Burggraeve*, membre titulaire. 764
Ouvrages présentés. 770

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois d'août 1845. 773

Séance du 26 octobre 1845.

Communications du Gouvernement. 774
Communications diverses. 775
Propositions et communications du bureau. 784
Communications scientifiques. — Essai sur les coliques métalliques; par M. *Chevallier*, membre honoraire. 790
Mémoire sur le traitement abortif des tumeurs phlegmoneuses, par l'incision sous-cutanée; par M. le docteur *Jules Guérin*, membre correspondant. 810
Ouvrages présentés. 846
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de septembre 1845. 848

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

1. Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds; par le docteur *Aubert-Roche*. 1

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

4. Recherches sur la structure de la membrane muqueuse intestinale; par M. *F. Masselot*. 26

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

24. Du sulfate de quinine dans les maladies chirurgicales; par M. *Coma*. 187
25. Observations sur l'action et l'emploi externe de l'aconit; par le docteur *R. Eades*. 188
2. De l'emploi avantageux des cataplasmes froids; par *Reveillé-Parise*. 14
3. Sur les exutoires. 22
5. Recherches anatomiques et pathologiques sur les amas de charbon produits pendant la vie dans les organes respiratoires de l'homme; par *Natalis Guillot*. 36
5 *bis*. Nouvelles recherches sur les bruits des artères, et application de ces recherches à l'étude de plusieurs maladies; par le docteur *J. H. S. Beau*. 48
6. Des perforations intestinales dues à une cause pathologique, et des péritonites, soit générales, soit partielles, auxquelles elles donnent lieu; par *A. Toulmouche*. 60
7. De l'emphysème vésiculaire et de l'emphysème interlobulaire des poumons; par *Edouard Bonino*. 75
23. Recherches sur le diagnostic et la pathologie des maladies thoraciques, et spécialement de l'emphysème; par le docteur *Mac Donnell*. 185
21. Sur la péricardite considérée comme complication et conséquence de la scarlatine; par le docteur *S. Scott Alison*. 179
8. Observation d'otite profonde, recueillie dans le service de M. le professeur *Michel Lévy*; par M. *Champenois*. 80
22. Observations physiologico-pathologiques sur un cas de polydipsie; par M. *Novellis*. 184
9. Observation de molluscum non contagieux. 84

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

10. Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale; par M. *Botrel*. 86
11. Des principales causes de danger dans les accouchements; par le docteur *Vial*. 98

12. De la résistance du plancher du bassin, et de la conduite à suivre dans ces sortes de cas. — Hôpital des Cliniques. — M. *Cazeaux*. 103
26. De la grossesse tubaire ; par le docteur *A. G. Carus*. 189
13. Du prolapsus utérin et des pessaires. 112
14. Des cas dans lesquels il convient de guérir les gourmes chez les enfants. 117

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

27. De l'influence des maladies des reins sur les résultats de la taille et de la lithotritie ; par *B. Brodie*. 191
15. Du traitement des fractures qui se consolident ordinairement d'une manière vicieuse ; par M. *Guérin*. 119
16. Mémoire sur les luxations des phalanges des doigts entre elles; par M. *Malgaigne*. 127

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

17. Du cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés ; difficultés et dangers qu'il présente; perforation du pharynx, suivie de mort ; introduction de la sonde dans le larynx ; injection des aliments dans la trachée; emploi d'une sonde à double mandrin et à obturateur pour prévenir les accidents ; par M. *Baillarger*. 139
18. Du délire consécutif à la fièvre typhoïde. 142

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

19. Recherches cliniques, faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes), sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginité, etc. ; par *J. Boys de Loury* et *H. Costilhes*. 145
20. Nouvelles remarques sur l'emploi de l'alcoolé tannique dans le traitement de la leucorrhée et des ulcères du col de l'utérus ; par le docteur *Gibert*. 153

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences de Paris.

Séances des 1er, 8, 15, 22 et 29 septembre.

Endémies de la Meurthe. 160. — Système d'assainissement par la ventilation. —Nerfs des membranes séreuses 161.—Ablation partielle des dents.—Absorption des médicaments. 163.—Ponction de la poitrine. 164.—Usage médical du galvanisme. — Composition du lait. 165. — Respiration de l'homme. 166.

Académie royale de médecine de Paris.

Séances des 2, 9, 16, 23 et 30 septembre.

Suture intestinale. 167. — Antagonisme de la phthisie et de la fièvre intermittente. 170. — Emphysème pulmonaire. — Etiologie des fièvres intermittentes. 171. — Anomalie des organes génitaux. — Correspondance. — Fièvres intermittentes. 174. — Luxation des poignets. — Hydarthrose scapulo-humérale, traitée par l'injection iodée. 176.

MÉLANGES.

28. Congrès médical de France. 194

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 158e VOLUME.

6e SÉRIE, TOME X. — OCTOBRE 1845.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE (octobre 1845).

Aubert-Roche. Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds. 1

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE DE ROGNETTA (octobre 1845).

Sur les exutoires. 22
Du prolapsus utérin et des pessaires. 112

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (septembre 1845).

Du délire consécutif à la fièvre typhoïde. 142

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mars, avril, juin, juillet, août 1845).

Masselot (F.). Recherches sur la structure de la membrane muqueuse intestinale. 26
Natalis Guillot. Recherches anatomiques et pathologiques sur les amas de charbon produits pendant la vie dans les organes respiratoires de l'homme. 36
Beau (J. H. S.). Nouvelles recherches sur les bruits des artères, et application de ces recherches à l'étude de plusieurs maladies. 48
Observation de molluscum non contagieux. 84
Botrel. Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale. 86
Guérin. Du traitement des fractures qui se consolident ordinairement d'une manière vicieuse. 119

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (septembre, octobre 1845).

Reveillé-Parise. De l'emploi avantageux des cataplasmes froids. 14
Vial. Des principales causes de danger dans les accouchements. 98
Congrès médical de France. 194

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 28, 32, 35, 36, 41 ; 1845).

Toulmouche (A.). Des perforations intestinales dues à une cause pathologique, et des péritonites, soit générales, soit partielles, auxquelles elles donnent lieu. 60

Bonino (E.). De l'emphysème vésiculaire et de l'emphysème interlobulaire des poumons. 75
Champenois. Observation d'otite profonde, recueillie dans le service de M. le professeur *Michel Lévy.* 80
Baillarger. Du cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés ; difficultés et dangers qu'il présente ; perforation du pharynx, suivie de mort ; introduction de la sonde dans le pharynx ; injection des aliments dans la trachée ; emploi d'une sonde à double mandrin et à obturateur pour prévenir les accidents. 139
Boys de Loury (J.) et *Costilhes* (H.). Recherches cliniques, faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes), sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite, etc. 145

GAZETTE DES HÔPITAUX (N°s 120 et 123 ; 1845).

Cazeaux. De la résistance du plancher du bassin, et de la conduite à suivre dans ces sortes de cas. 103

JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU (octobre 1845).

Des cas dans lesquels il convient de guérir les gourmes chez les enfants. 117

JOURNAL DE CHIRURGIE DE M. MALGAIGNE (avril 1845).

Malgaigne. Mémoire sur les luxations des phalanges des doigts entre elles. 127

REVUE MÉDICALE (mai 1845).

Gibert. Nouvelles remarques sur l'emploi de l'alcoolé tannique dans le traitement de la leucorrhée et des ulcères du col de l'utérus. 153

JOURNAUX ALLEMANDS.

NEUE ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE.

Carus (A. G.). De la grossesse tubaire. 189

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Brodie (B.). De l'influence des maladies des reins sur les résultats de la taille et de la lithotritie. 191

THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Mac Donnell. Recherches sur le diagnostic et la pathologie des maladies thoraciques, et spécialement de l'emphysème. 185
Eades (R.). Observations sur l'action et l'emploi externe de l'aconit. 188

LONDON MED. GAZETTE.

Scott Alison (S.). Sur la péricardite considérée comme complication et conséquence de la scarlatine. 179

JOURNAUX ITALIENS.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DI TORINO.

Novellis. Observations physiologico-pathologiques sur un cas de polydipsie. 182

GAZETTA MEDICA DI MILANO.

Coma. Du sulfate de quinine dans les maladies chirurgicales. 187